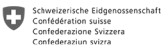


Европейская Обсерватория
по системам и политике здравоохранения

Аспекты общественного здравоохранения в Европе

Под редакцией
Bernd Rechel
Martin McKee



Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения поддерживает и развивает научно обоснованные методы управления здравоохранением, разработанные в результате глубокого и всестороннего изучения опыта европейских стран. Она объединяет широкий круг лиц, задействованных в разработке политики, ученых и практикующих специалистов для анализа тенденций в реформе здравоохранения и освещения политических проблем, опираясь на данные из всех стран Европы.

Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения представляет собой партнерство между Европейским региональным бюро Всемирной организации здравоохранения, правительствами Австрии, Бельгии, Ирландии, Норвегии, региона Венето в Италии, Словении, Соединенного Королевства, Финляндии и Швеции, а также Европейской комиссии, Всемирного банка, Французского национального объединенного фонда медицинского страхования (UN CAM), Лондонской школы экономики и политических наук и Лондонской школы гигиены и тропической медицины.

Аспекты общественного здравоохранения в Европе

Под редакцией

Bernd Rechel и Martin McKee

Опубликовано впервые на английском языке издательством Open University Press (OUP) под названием «Facets of Public Health in Europe».

Министерство здравоохранения Российской Федерации оплатило перевод и печать этой публикации на русском языке

Запросы относительно публикаций следует направлять по адресу:

Publications

WHO Regional Office for Europe

UN City, Marmorvej 51

DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Кроме того, запросы на документацию, информацию по вопросам здравоохранения или разрешение на цитирование или перевод документов ВОЗ можно заполнить в режиме онлайн на сайте Регионального бюро:
<http://www.euro.who.int/ru/pubrequest>

Copyright © Всемирная организация здравоохранения, 2018 (в качестве ведущей организации и секретариата Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения).

Все права защищены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет запросы о разрешении на перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого бы то ни было мнения Всемирной организации здравоохранения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо явно выраженной или подразумеваемой гарантии их правильности. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни при каких обстоятельствах не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов. Мнения, выраженные в данной публикации авторами, редакторами или группами экспертов, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

Вымышленные названия компаний, продуктов, людей, персонажей и/или данные, которые могут быть использованы в этой книге (в примерах или описании случаев), не предназначены для представления какого-либо реального человека, компании, продукта или события.

ISBN 9789289053877

Отпечатано в Российской Федерации.

Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения представляет собой уникальный проект, в рамках которого сотрудничают:

- Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения;
- Правительство Австрии;
- Правительство Бельгии;
- Правительство Финляндии;
- Правительство Ирландии;
- Правительство Норвегии;
- Правительство Словении;
- Правительство Швеции;
- Правительство Соединенного Королевства;
- Регион Венето в Италии;
- Европейская комиссия;
- Всемирный банк;
- UNCAM;
- Лондонская школа экономики и политических наук;
- Лондонская школа гигиены и тропической медицины.

Серия

В изданиях этой серии основное внимание уделяется ключевым вопросам разработки политики в области здравоохранения в Европе. В каждой публикации рассматривается концептуальная основа, а также полученные результаты и извлеченные уроки в отношении разработки более справедливых, действенных и эффективных систем здравоохранения в Европе. Преследуя эту цель, авторы данной серии стремятся внести свой вклад в формирование более обоснованной политики в области здравоохранения.

Эти исследования будут важны для всех, кто участвует в разработке или оценке национальной политики в области здравоохранения. В частности, они будут полезны для лиц, задействованных в разработке политики, и экспертов в сфере здравоохранения, которым в ограниченных временных рамках необходимо принимать действенные решения по улучшению структуры и финансирования системы здравоохранения. Для научных сотрудников в области политики здравоохранения и студентов, изучающих эту специальность, данная серия будет ценна тем, что позволит им лучше разобраться в сложных возможностях выбора, стоящих перед системами здравоохранения Европы.

Обсерватория поддерживает и продвигает разработку политики в области здравоохранения на основе фактических данных посредством всестороннего и тщательного анализа динамики развития систем здравоохранения в Европе.

Редакторы серии

Josep Figueras — Руководитель Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, Глава Европейского центра политики здравоохранения Европейского регионального бюро Всемирной организации здравоохранения.

Martin McKee — руководитель направления по политике научных исследований и глава филиала Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения в Лондоне. Он также является профессором в области европейского общественного здравоохранения Лондонской школы гигиены и тропической медицины и содиректором Европейского центра по системам здравоохранения в обществах переходного периода.

Elias Mossialos является соисполнительным директором Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения. Он является профессором в области политики здравоохранения Брайана Абея-Смита факультета социальной политики Лондонской школы экономики и политических наук и директором исследовательского центра здравоохранения и социального обеспечения Лондонской школы экономики и политических наук (LSE).

Richard B. Saltman — заместитель научного руководителя Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения и глава филиала Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения в Атланта. Он также является профессором в области политики и управления здравоохранением Школы общественного здравоохранения имени Роллинса Университета Эмори, Атланта, штат Джорджия.

Reinhard Busse — заместитель научного руководителя и глава филиала Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения в Берлине. Он также является профессором в области управления здравоохранением в Берлинском техническом университете.

Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

Редакторы серии: Josep Figueras, Martin McKee, Elias Mossialos, Richard B. Saltman и Reinhard Busse

Список публикаций

Regulating entrepreneurial behavior in European health care systems

Richard B. Saltman, Reinhard Busse и Elias Mossialos (ред.)

Hospitals in a changing Europe

Martin McKee и Judith Healy (ред.)

Health care in central Asia

Martin McKee, Judith Healy и Jane Falkingham (ред.)

Funding healthcare: options for Europe

Elias Mossialos, Anna Dixon, Josep Figueras и Joe Kutzin (ред.)

Health policy and European Union enlargement

Martin McKee, Laura MacLehose и Ellen Nolte (ред.)

Regulating pharmaceuticals in Europe: striving for efficiency, equity and quality

Elias Mossialos, Monique Mrazek и Tom Walley (ред.)

Social health insurance systems in western Europe

Richard B. Saltman, Reinhard Busse и Josep Figueras (ред.)

Purchasing to improve health systems performance

Josep Figueras, Ray Robinson и Elke Jakubowski (ред.)

Human resources for health in Europe

Carl-Ardy Dubois, Martin McKee и Ellen Nolte (ред.)

Primary care in the driver's seat

Richard B. Saltman, Ana Rico и Wienke Boerma (ред.)

Mental health policy and practice across Europe: the future direction of mental health care

Martin Knapp, David McDaid, Elias Mossialos and Graham Thornicroft (eds)

Decentralization in health care

Richard B. Saltman, Vaida Bankauskaite и Karsten Vrangbæk (ред.)

Health systems and the challenge of communicable diseases: experiences from Europe and Latin America

Richard Coker, Rifat Atun и Martin McKee (ред.)

Caring for people with chronic conditions: a health system, perspective

Ellen Nolte и Martin McKee (ред.)

Nordic health care systems: recent reforms and current policy challenges

Jon Magnussen, Karsten Vrangbæk и Richard B. Saltman (ред.)

Diagnosis-related groups in Europe: moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals

Reinhard Busse, Alexander Geissler, Wilm Quentin и Miriam Wiley (ред.)

Migration and health in the European Union

Bernd Rechel, Philipa Mladovsky, Walter Devillé, Barbara Rijks, Roumyana Petrova-Benedict и Martin McKee (ред.)

Health systems, health, wealth and societal well-being: assessing the case for investing in health systems

Josep Figueras и Martin McKee (ред.)

Success and failures of health policy in Europe: four decades of divergent trends and converging challenges

Johan P. Mackenbach и Martin McKee (ред.)

Health system performance comparison: an agenda for policy, information and research

Irene Papanicolas и Peter C. Smith (ред.)

European child health services and systems: lessons without borders

Ingrid Wolfe и Martin McKee (ред.)

Содержание

Список авторов	9
Список таблиц, рисунков и вставок	13
Предисловие I	16
Предисловие II	17
Благодарности	19
Список сокращений	20
глава 1 Аспекты общественного здравоохранения в Европе:	25
введение <i>Bernd Rechel, Martin McKee</i>	
глава 2 Изменяющийся контекст общественного	35
здравоохранения в Европе <i>Martin McKee, Bernd Rechel, Hans Kluge, Ted Tulchinsky</i>	
глава 3 Мониторинг состояния здоровья населения	47
<i>Marieke Verschuuren, Peter W. Achterberg,</i> <i>Pieter G. N. Kramers, Hans van Oers</i>	
глава 4 Основы безопасности здоровья в Европе	67
<i>Francisco Santos-O'Connor, Jukka Pukkila,</i> <i>Carmen Varela Santos, Cristiana Salvi, Dennis Faix,</i> <i>Thomas Van Cangh, Josep Jansa, Phillip Zucs,</i> <i>Paolo Guglielmetti, Massimo Ciotti, Guénaél Rodier</i>	
глава 5 Здоровье и безопасность на рабочем месте	95
<i>Rokho Kim, Jorma Rantanen, Suvi Lehtinen, Wiking Husberg</i>	
глава 6 Гигиена окружающей среды	115
<i>Giovanni Leonardi, Bernd Rechel</i>	
глава 7 Продовольственная безопасность и выбор в пользу	135
здорового питания <i>João Breda, Trudy Wijnhoven, Mojca Gabrijelčič, Louise Sigfri</i>	
глава 8 Общественное здравоохранение с акцентом	157
на медицинскую помощь <i>Martin McKee, Bernd Rechel, Reinhard Busse</i>	
глава 9 Скрининг	177
<i>Martin McKee, Bernd Rechel</i>	
глава 10 Укрепление здоровья	197
<i>Bernd Rechel, Martin McKee</i>	

глава 11	Действия в отношении социальных детерминант здоровья <i>EuroHealthNet</i>	209
глава 12	Межсекторальная работа и учет интересов здоровья во всех направлениях политики <i>Matthias Wismar, Jose M. Martin-Moreno</i>	225
глава 13	Оценка воздействия на здоровье <i>Nichola Davies, Paul Lincoln</i>	245
глава 14	Организация и финансирование общественного здравоохранения <i>Bernd Rechel, Helmut Brand, Martin McKee</i>	261
глава 15	Развитие кадровых ресурсов общественного здравоохранения <i>Christoph Aluttis, Claudia Bettina Maier, Stephan Van den Broucke, Katarzyna Czabanowska</i>	283
глава 16	Развитие лидерства в общественном здравоохранении <i>Elke Jakubowski, Liam Donaldson, Jose M. Martin-Moreno</i>	295
глава 17	Исследования в сфере общественного здравоохранения <i>Stefania Boccia, Ilmo Keskimäki, Walter Ricciardi</i>	313
глава 18	Посредничество в распространении знаний в области общественного здравоохранения <i>Cristina Catallo, John N. Lavis</i> <i>и группа исследователей BRIDGE</i>	331
глава 19	Извлечение уроков <i>Bernd Rechel, Martin McKee</i>	349
	Алфавитный указатель	367

Список авторов

Peter Achterberg — старший советник отдела прогнозирования в сфере общественного здравоохранения Национального института общественного здравоохранения и защиты окружающей среды, Билтовен, Нидерланды

Christoph Aluttis — исследователь факультета здоровья, медицины и естественных наук Школы общественного здравоохранения и первичной медицинской помощи Департамента международного здравоохранения Маастрихтского университета, Маастрихт, Нидерланды

Stefania Boccia — адъюнкт-профессор гигиены и профилактической медицины и заместитель директора отдела гигиены Института общественного здравоохранения, факультет медицины Католического университета Святого Сердца, Рим, Италия

Helmut Brand — председатель программы Жана Моне Европейского общественного здравоохранения и глава отдела международного здравоохранения Научно-исследовательской школы Института исследований медицинской помощи и общественного здравоохранения (CAPHRI), факультет здоровья, медицины и естественных наук Маастрихтского университета, Маастрихт, Нидерланды

João Breda — руководитель программы по вопросам питания, физической активности и ожирения отдела неинфекционных заболеваний и укрепления здоровья на всех этапах жизни Европейского регионального бюро ВОЗ, Копенгаген, Дания

Reinhard Busse — заместитель научного руководителя и глава филиала Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения в Берлине, профессор в области управления здравоохранением в Берлинском техническом университете, Берлин, Германия

Cristina Catallo — адъюнкт-профессор Школы сестринского дела Дафны Коквелл факультета общественной деятельности Университета Райерсона в Торонто, Торонто, Канада

Massimo Ciotti — руководитель секции обеспечения готовности страны и заместитель руководителя отдела потенциала общественного здравоохранения и связей Европейского центра контроля и профилактики заболеваний, Стокгольм, Швеция

Katarzyna Czabanowska — адъюнкт-профессор отделения международного здравоохранения факультета здоровья, медицины и естественных наук Маастрихтского университета, Маастрихт, Нидерланды

Nichola Davies — руководитель Общества кардиологов Новозеландского Фонда по борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями, на момент написания данной книги был главным специалистом по разработке научной политики на Форуме по вопросам здоровья в Соединенном Королевстве

Liam Donaldson — профессор в области политики здравоохранения Имперского колледжа Лондона, Лондон, Соединенное королевство

EuroHealthNet — европейское партнерство, нацеленное на улучшение здоровья и сокращение неравенства, штаб-квартира расположена в Брюсселе, Бельгия

Dennis Faix — медицинский работник, специалист по оповещению и реагированию, подразделение инфекционных заболеваний, охраны здоровья и окружающей среды, Европейское региональное бюро ВОЗ, Копенгаген, Дания

Moja Gabrijelčič — старший советник Центра укрепления здоровья и профилактики заболеваний Национального института общественного здравоохранения и лектор на медицинском факультете Университета Любляны, Любляна, Словения

Paolo Guglielmetti — администратор отдела угроз здоровью Генерального директората здравоохранения и защиты прав потребителей Европейской комиссии

Wiking Husberg — советник отдела профессиональной безопасности и здравоохранения, Министерство социального обеспечения и здравоохранения, Хельсинки, Финляндия

Elke Jakubowski — действующий менеджер Программы служб общественного здравоохранения Европейского регионального бюро ВОЗ, Копенгаген, Дания, научный сотрудник Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения и лектор по теме сравнения систем здравоохранения и общественного здравоохранения в Ганноверской медицинской школе, Ганновер, Германия

Josep Jansa — руководитель отдела сбора информации об эпидемической обстановке и реагирования в ECDC, Стокгольм, Швеция

Ilmo Keskimäki — профессор-исследователь Национального института здоровья и благополучия, отделение здоровья и социальной помощи, Хельсинки, Финляндия, а также профессор в области здравоохранения и общественной политики Школы медицинских наук Университета Тампере, Тампере, Финляндия

Rokho Kim — специалист отдела профессиональной безопасности и здравоохранения Регионального бюро ВОЗ для стран западной части Тихого океана и бывший научный сотрудник в области профессиональной безопасности и здравоохранения Европейского регионального бюро ВОЗ

Hans Kluge — директор отдела систем здравоохранения и общественного здравоохранения, Европейское региональное бюро ВОЗ, Копенгаген, Дания, и специальный представитель регионального директора ВОЗ по профилактике и борьбе с МЛУ-ТБ и ШЛУ-ТБ в Европейском регионе ВОЗ

Pieter Kramers — внештатный старший консультант в области мониторинга состояния общественного здравоохранения и отчетности, ранее был сотрудником Института общественного здравоохранения и защиты окружающей среды, Нидерланды

John Lavis — директор Форума здравоохранения Университета МакМастера, помощник директора Центра анализа экономики и политики здравоохранения, профессор отдела клинической эпидемиологии и биостатистики, а также член-корреспондент Отдела политических наук Университета МакМастера, Гамильтон, Онтарио, Канада. Он также является адъюнкт-профессором по всемирной охране здоровья, факультет всемирной охраны здоровья и населения Гарвардской школы общественного здравоохранения, Кембридж, Массачусетс, США

Suvi Lehtinen — управляющий по международным делам Финского института профессионального здравоохранения, Хельсинки, Финляндия

Giovanni Leonardi — руководитель отдела эпидемиологии Службы общественного здравоохранения Соединенного королевства, Центра радиационной, химической и экологической опасности и почетный старший лектор Лондонской школы гигиены и тропической медицины, Лондон, Соединенное королевство

Paul Lincoln — глава Форума здравоохранения Соединенного королевства

Martin McKee — профессор в области общественного здравоохранения в Европе Лондонской школы гигиены и тропической медицины и научный руководитель Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, Лондон, Соединенное королевство.

Claudia Bettina Maier — программный аналитик ЮНЭЙДС, Женева, Швейцария, и на момент написания данной книги была сотрудником технической службы Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения

Jose M. Martin-Moreno — профессор превентивной медицины и общественного здравоохранения в Университете Валенсии, Валенсия, Испания, координатор отдела качества Университетской клинической больницы, а также советник Европейского регионального бюро ВОЗ

Jukka Pukkila — программный менеджер, специалист по оповещению и регистрированию, подразделение инфекционных заболеваний, охраны здоровья и окружающей среды, Европейское региональное бюро ВОЗ, Копенгаген, Дания

Jorma Rantanen — глава Совета Университета Йювяскюля, Йювяскюля, Финляндия, директор и эмерит Финского института профессионального здравоохранения, бывший президент Международной комиссии по вопросам профессионального здравоохранения

Bernd Rechel — научный сотрудник Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения и почетный старший лектор Лондонской школы гигиены и тропической медицины, Лондон, Соединенное королевство

Walter Ricciardi — директор отдела общественного здравоохранения Католического университета Святого Сердца, Рим, Италия

Guénaél R. Rodier — директор отдела инфекционных заболеваний, охраны здоровья и окружающей среды, Европейское региональное бюро ВОЗ, Копенгаген, Дания

Cristiana Salvi — специалист по внешним связям отдела инфекционных заболеваний, охраны здоровья и окружающей среды, Европейское региональное бюро ВОЗ, Копенгаген, Дания

Francisco Santos-O'Connor — специалист отдела профессиональной безопасности и здравоохранения, подразделение Управления и инспекции трудовой деятельности, профессиональной безопасности и здравоохранения, Международная организация труда, Женева, Швейцария, на момент написания книги работал экспертом в отделе потенциала и обеспечения готовности системы общественного здравоохранения и связей, ECDC, Стокгольм, Швеция

Louise Sigfrid — почетный научный сотрудник отдела исследований служб и политики здравоохранения Лондонской школы гигиены и тропической медицины, Лондон, Соединенное королевство

Theodore Herzl Tulchinsky — эмерит и адъюнкт-профессор Школы общественного здравоохранения Брауна Еврейского университета — Больницы Хадасса, Эйн-Керем, Иерусалим, Израиль, и заместитель редактора Вестника общественного здравоохранения, Париж-Рен, Франция

Stephan Van den Broucke — профессор психологии здоровья и профилактики заболеваний Католического университета Лёвена, Лёвен, Бельгия

Thomas Van Cangh — эксперт по готовности отдела потенциала общественно-го здравоохранения и связей ECDC, Стокгольм, Швеция

Hans van Oers — старший научный сотрудник в области оценки системы здравоохранения и поддержания политики здравоохранения Национального института общественного здравоохранения и защиты окружающей среды, Билтовен, Нидерланды, а также профессор общественного здравоохранения Научного центра медицинского ухода и социальной защиты Университета Тильбурга, Тильбург, Нидерланды

Carmen Varela Santos — старший эксперт и лидер группы расширения сети обучения отдела обучения в сфере общественного здравоохранения в ECDC, Стокгольм, Швеция

Marieke Verschuuren — научный сотрудник Национального института общественного здравоохранения и защиты окружающей среды, Билтовен, Нидерланды

Trudy Wijnhoven — сотрудник технической службы надзора за питанием отдела неинфекционных заболеваний и жизненного цикла Европейского регионального бюро ВОЗ, Копенгаген, Дания

Matthias Wismar — старший аналитик в области политики здравоохранения Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, Бельгия

Phillip Zucs — старший эксперт эпидемического надзора за инфекционными заболеваниями отдела надзора и реагирования ECDC, Стокгольм, Швеция

Список таблиц, рисунков и вставок

Таблицы

6.1	Области знания, связанные с основными сферами гигиены окружающей среды	121
8.1	Уровни смертности от устранимых причин и смертности от других причин в 16 странах ОЭСР в 1997-1998 гг. и 2006-2007 гг. (стандартизованные по возрасту показатели смертности на 100 000 человек для населения в возрасте от 0 до 74 лет)	160
9.1	Стратегия проведения скрининга для выявления синдрома Дауна в 18 странах Европы в 2004 г.	178
9.2	Практика проведения скрининга на рак шейки матки в отдельных странах Европы в 2012 г.	185
14.1	Расходы на профилактику и общественное здравоохранение в процентах от общих расходов на здравоохранение, Европейский регион ВОЗ, 2003–2011 гг.	270
14.2	Расходы на профилактику и общественное здравоохранение в процентах от общих расходов на здравоохранение по источникам финансирования, страны-члены ОЭСР Европейского региона, 2010 г.	274
15.1	Три категории работников общественного здравоохранения	285
16.1	Сопоставление лидерства и руководства	297
16.2	Стратегии укрепления лидерства в общественном здравоохранении	309
17.1	Приоритеты исследований в области общественного здравоохранения в соответствии с мнением респондентов из национальных ассоциаций общественного здравоохранения 22 стран Европейской экономической зоны	319

Рисунки

1.1	Десять основных оперативных функций общественного здравоохранения	29
2.1	Эффективность комплексных мер политики здравоохранения в Европе	43
3.1	Концептуальная модель, составляющая основу Доклада о состоянии здоровья населения и прогнозе на будущее в Нидерландах	49
3.2	Информационная пирамида	55
3.3	Иллюстративный снимок с экрана карты корреляций ВОЗ	57
4.1	Цикл управления событием	68
4.2	Сроки реализации международных медико-санитарных правил (2005)	69
4.3	Схема работы санитарно-эпидемиологической разведки	72
4.4	Мероприятия в сфере общественного здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ с 2001 по 2013 гг., классифицированные по типу угрозы (зарегистрированные в Системе управления событиями ВОЗ)	78

14 Аспекты общественного здравоохранения в Европе

5.1	Показатели смертности от несчастных случаев на производстве на 100 000 человек (СНГ: Содружество независимых государств)	101
5.2	Число лиц, получивших производственную травму, на 100 000 человек (СНГ: Содружество независимых государств)	101
5.3	Ожидаемый экономический эффект (доходность) мероприятий по профилактике несчастных случаев на рабочем месте по данным 15 стран	106
5.4	Стадии развития служб гигиены труда	107
5.5	Модель здорового рабочего места	110
7.1	Три столпа продовольственной безопасности	136
7.2	Популяционные подходы к профилактике развития ожирения у детей	142
9.1	Распространение программ скрининга на рак молочной железы на основании результатов маммографии в ЕС в 2007 г.	189
9.2	Распространение программ скрининга на рак толстой кишки на основании результатов анализа кала на скрытую кровь в ЕС, 2007 г.	191
11.1	Основные детерминанты здоровья	211
12.1	Окна возможностей	237
13.1	Основные стадии ОВЗ	247
17.1	Финансирование исследований в области общественного здравоохранения в Италии	323
17.2	Финансирование исследований в области общественного здравоохранения в Финляндии	325
17.3	Финансирование исследований в области общественного здравоохранения в Польше	326
17.4	Финансирование исследований в области общественного здравоохранения в Эстонии	327

Вставки

3.1	Особенности отдельных национальных систем медико-санитарной информации в Европе	51
3.2	Критерии отбора показателей для окончательного перечня ЕСНН	54
3.3	Совместная декларация Европейской комиссии и Европейского регионального бюро ВОЗ	61
5.1	Пять целей Глобального плана действий ВОЗ по охране здоровья работающих, 2007 г.	98
5.2	Функции служб гигиены труда согласно Конвенции МОТ № 161	99
5.3	Руководящие принципы комплексного подхода к гигиене труда и первичной медико-санитарной помощи	109
6.1	Стратегические инструменты межсекторальной работы в области гигиены окружающей среды	123
6.2	Сценарии, положенные в основу профилактических мероприятий в области охраны окружающей среды	129
7.1	Цели в области питания населения в соответствии с рекомендациями ВОЗ и ФАО	142

7.2	Отдельные результаты реализации Европейской инициативы ВОЗ по эпиднадзору за детским ожирением	144
7.3	Оценка программы «Фрукты в школе» в Словении	147
7.4	Национальная инициатива по потреблению соли в Венгрии	148
7.5	Маркировка «Замочная скважина»	150
7.6	Программа против детского ожирения EPODE (Ensemble Prévenons l'Obésité Des Enfants «Предотвратим развитие ожирения у детей вместе»)	151
8.1	Оценка необходимости проведения простатэктомии в Англии	161
8.2	Удовлетворение потребностей социально отчужденных групп населения	163
8.3	Диабет в качестве «зеркала» эффективности работы системы здравоохранения	169
9.1	Основные критерии оценки программ скрининга	180
11.1	Национальные стратегии и практики: Шотландия	216
11.2	Национальные стратегии и практики: Словения	217
11.3	Национальные стратегии и практики: Норвегия	218
12.1	Определение HiAP	225
12.2	Определение ВОЗ общегосударственного подхода	226
12.3	Определение ВОЗ подхода в масштабах всего общества	227
12.4	Цели развития тысячелетия	228
12.5	Вместе за здоровье	229
12.6	Инструменты межсекторальной работы	230
12.7	Примеры межсекторальной работы и HiAP	234
12.8	Межсекторальные государственные структуры в действии: Финляндия	238
14.1	Региональные различия структур общественного здравоохранения в Италии	266
14.2	Источники финансирования общественного здравоохранения в Эстонии	273
16.1	Избранные стратегические меры стран Европы в ответ на экономический кризис	298
16.2	Примеры управления при экстремально высоких температурах в 2003 г.	300
16.3	Примеры стратегий национального здравоохранения в отдельных странах Европы	302
16.4	Рабочие места для некурящих в Ирландии	305
18.1	Примеры инновационных методов интеграции информации	340
18.2	Примеры инновационных интерактивных методов обмена знаниями	343

Предисловие I

Органы государственного управления Европейских стран все чаще признают необходимость укрепления основных функций общественного здравоохранения, чтобы максимально увеличить их вклад в здоровье, благополучие и социальное благосостояние населения. В этой книге собраны самые современные фактические данные о практике общественного здравоохранения в Европе, определены области, в которых наиболее остро необходимы улучшения, и представлены способы и пути их достижения. Ведущие эксперты европейских стран рассматривают широкий круг тем, включая мониторинг здоровья, охрану здоровья, медицинское обслуживание, стратегическое управление и лидерство, а также исследования в сфере общественного здравоохранения. В главах представлена ценная информация для исследователей и лиц, задействованных в разработке политики, руководителей здравоохранения, стремящихся понять текущую ситуацию и определить будущие направления развития общественного здравоохранения.

В этом издании собраны воедино несколько сквозных тем. Одной из них является важность межсекторальной работы. Сектор здравоохранения может влиять только на некоторые ключевые детерминанты здоровья, поэтому для улучшения здоровья населения требуется слаженная работа всех секторов. Ряд публикаций, представленных в данном томе, свидетельствует о том, что существует несколько стратегий, которые можно использовать для выполнения этой задачи. В частности, это создание коалиций в разных секторах, определение общих целей и организация межсекторальных структур управления.

Еще один ключевой вывод, проходящий лейтмотивом через всю книгу, — это признание факта существования неравенств внутри стран Европы и между ними. Устранение этих неравенств имеет первостепенное значение для общественного здравоохранения.

Помимо того, что содержание этой книги вносит существенный вклад в наше понимание состояния общественного здравоохранения в Европе, в ней также освещаются новые задачи программ исследований. Мы все еще слишком мало знаем о том, какие стратегии и меры общественного здравоохранения реализуются и где они применяются, но еще меньше мы знаем о том, какие из этих стратегий и мер являются наиболее эффективными. Заполнение этих пробелов в знаниях будет иметь большое значение для активизации усилий по улучшению общественного здравоохранения. В этом томе представлен увлекательный рассказ о том, как далеко мы продвинулись, и даются некоторые важные ориентиры дальнейшего развития.

Olivia Wigzell

Министерство здравоохранения и социальных дел, Швеция

Предисловие II

С момента появления общественного здравоохранения в XVII веке его успех зависел от тесного взаимодействия с обществом. Сегодня мы живем в глобализованном мире, меняющемся быстрее, чем когда-либо, с чем связаны растущие требования к сообществу специалистов общественного здравоохранения. Сфера действий выходит далеко за рамки охраны здоровья и медицинской помощи. Чтобы охватить все общество с его определяющими факторами, влияющими на здоровье, включая условия труда, образование и окружающую среду, специалисты общественного здравоохранения должны приобретать навыки, а также предлагать опыт и возможности для создания новых структур, партнерств и сетей. Регулирование и законодательство также необходимы для ограничения вредного воздействия определенных условий окружающей среды, продуктов и процедур на здоровье.

Цель этой книги – помочь установить в Европейском регионе ВОЗ с ее 53 государствами-членами современное и перспективное взаимодействие между здравоохранением и обществом. Основным политическим инструментом для этого является новая европейская политическая концепция и стратегия улучшения здоровья населения и сокращения неравенства в регионе «Здоровье-2020». Эта инициатива была единогласно принята 53 государствами-членами Европейского региона ВОЗ в 2012 году. Признавая, что «Здоровье-2020» является всеобъемлющей политикой и стратегией, которая представляет общее видение и включает в себя основные стратегические направления, в том числе для укрепления потенциала общественного здравоохранения, каждому государству-члену тем не менее, предстоит определить свою стартовую позицию.

Тема здоровья также все чаще становится предметом международного права. В глобальном масштабе существуют новые и разнообразные политические, технические и финансовые рамки, которые определяют, как общественное здравоохранение понимается, преподносится и оценивается в обществе. Эта новая архитектура управления общественным здравоохранением увеличила число и разнообразие заинтересованных сторон, которые участвуют в формировании решений и могут оказывать прямое или косвенное влияние на здоровье населения. Справедливости ради следует сказать, что в XXI веке есть несколько областей общественного здравоохранения, для которых не существует единой принятой на мировом уровне стратегии с четкими целями, а зачастую и плана действий.

Основной недостаток связан с реализацией. Стратегии и мероприятия, основанные на фактических данных, такие как «передовая практика» или «надлежащая практика», являются краеугольным камнем общественного здравоохранения с начала прошлого века. Эта книга призвана помочь найти решения и приблизиться к их реализации. За последние 15 лет Европейская комиссия сыграла важную роль в развитии передовой практики. Эти достижения могут принести пользу многим странам, если они адаптированы к их национальному контексту и обстоятельствам. Тем не менее, Европейский регион ВОЗ является неоднородным регионом, в нем прослеживаются значительные различия между западом и востоком и между севером и югом. Другим фактом, который нельзя не учитывать, является то, что большинство доступных данных и научных публикаций касаются западного и северного регионов.

Во многих случаях нам необходимо укреплять потенциал национальных систем общественного здравоохранения. Для того чтобы системы общественного здравоохранения в странах Европы могли успешно выполнять свою миссию, может потребоваться вложение значительных инвестиций в знания, человеческие ресурсы и общественные структуры. Но знаем ли мы, во что именно инвестировать? Каковы основные проблемы и как определить приоритеты? Какие структуры, методы управления, финансирования и развития человеческих ресурсов обеспечивают наилучшие результаты? Кто являются поставщиками, ключевыми заинтересованными сторонами и союзниками структур общественного здравоохранения и каковы отношения между ними? Каков наиболее эффективный способ сплотить их для совместных действий? Каковы существующие модели, инструменты, меры и подходы, в каком направлении они развиваются? Как лучше использовать результаты исследований и доказательств для обоснования принятия решений в области общественного здравоохранения? По какой причине некоторые страны более успешны в принятии практических мер, лучше других?

В этой новой публикации Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения предпринята попытка ответить на эти вопросы. Авторы заслуживают признания за их мужество и упорство, поскольку они открывают новые горизонты в той области, которая до сих пор редко становилась предметом тщательного анализа, и где публикации были больше посвящены западной и северной частям Европейского региона ВОЗ, что было значительным препятствием для верности суждений относительно восточной и южной частей. В книге дается объяснение того, как мы дошли до той точки, где сейчас находимся, и приводится критический взгляд на то, каким образом было бы разумнее инвестировать в будущее, чтобы общественное здравоохранение могло лучше справляться с постоянно меняющимися обстоятельствами, определяющими здоровье населения и оказывающими значительное влияние на развитие общества. Мы полагаем, что эта книга, порой провокационная и сложная, станет хорошим спутником для многих специалистов сферы общественного здравоохранения.

Bosse Pettersson u Vesna-Kerstin Petrič

Bosse Pettersson — независимый консультант по вопросам общественного здравоохранения и бывший заместитель генерального директора Шведского национального института общественного здравоохранения.

Vesna-Kerstin Petrič — руководитель отдела по укреплению здоровья и профилактике неинфекционных заболеваний при Министерстве здравоохранения Словении.

Благодарности

Мы особенно признательны авторам этой книги за их ценный вклад и терпение при разработке различных версий этих глав. Первые рукописи были представлены на семинаре авторов в Копенгагене в июне 2011 г., организованном Европейским региональным бюро Всемирной организации здравоохранения. Мы благодарны всем участникам этого мероприятия. Помимо авторов, в нем участвовали также Tit Albreht, Josep Figueras, Gauden Galea, Hans Kluge, Bosse Pettersson, Vesna-Kerstin Petrič и Agis Tsouros.

Мы очень признательны Tit Albreht, Claudia Bettina Maier, Ilmo Keskimäki, Richard Alderslade, Stefania Boccia, Christoph Aluttis, Helmut Brand, Stephan Van den Broucke, Ted Tulchinsky, Nichola Davies, Matthias Wismar, Cristina Catalo, Enrique Loyola, Claudia Stein, Ivo Rakovac и Natela Nadareishvili за конструктивные комментарии по отдельным проектам глав, а также Bosse Petterson, Vesna-Kerstin Petrič, Elke Jakubowski и Hans Kluge за обзор и оценку всего тома.

Публикацией руководил Jonathan North при содействии Caroline White.

Список сокращений

БВРС-КоВ	Коронавирус ближневосточного респираторного синдрома
ВАЗ	Всемирная ассамблея здравоохранения
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ВТО	Всемирная торговая организация
БХ	Биопсия хориона
ГОЗ (GHO)	Глобальная обсерватория здравоохранения (Global Health Observatory)
ГСРО (GLEWS)	Глобальная система раннего оповещения о серьезных заболеваниях животных, включая зоонозы (Global Early Warning System for Major Animal Diseases, including Zoonoses)
ГЧП	Государственно-частное партнерство
ГЭКРС (BSE)	Губчатая энцефалопатия крупного рогатого скота
ЕАСТ	Европейская ассоциация свободной торговли (European Free Trade Association)
ЕС	Европейский союз
ЕСХП	Единая сельскохозяйственная политика
ЕЭЗ	Европейская экономическая зона (European Economic Area)
ИМО	Международная морская организация
ИНФОСАН	Международная сеть органов по безопасности пищевых продуктов (International Food Safety Authorities Network)
КОВ	Комплексная оценка воздействия
МАГАТЭ	Международное агентство по атомной энергии
МЛУ-ТБ	Туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью
ММСП (IHR)	Международные медико-санитарные правила (International Health Regulations)
МОТ	Международная организация труда
МСП	малые и средние предприятия
НГО	Негосударственная организация
НИЗ	Неинфекционное заболевание
НК ММСП	Национальных координаторов по вопросам ММСП
ОВЗ (HIA)	Оценка воздействия на здоровье (Health Impact Assessment)
ОФОЗ	оперативные функции общественного здравоохранения
ОВОС (EIA)	оценка воздействия на окружающую среду (environmental impact assessments)
ОПТОСОЗ	Общеввропейская программа по транспорту, окружающей среде и охране здоровья

ОТЗ (НТА)	Оценка технологии здравоохранения (Health Technologies Assessment)
ОУ	Оценка устойчивости
ОЭСР	Организация экономического сотрудничества и развития
ПРООН	Программа развития ООН
ПСА	Простатспецифический антиген
ПХБ	полихлорированные бифенилы
санэпид (служба)	санитарно-эпидемиологическая (служба)
СНГ	Содружество независимых государств
СПИД (AIDS)	Синдром приобретенного иммунодефицита
СРПР (EWRS)	Система раннего предупреждения и реагирования (Early Warning and Response System)
СФДЗ (HEN)	Сеть фактических данных по вопросам здоровья (Health Evidence Network)
СЭО	стратегическая экологическая оценка
ТБ	туберкулез
ТОРС	Тяжелый острый респираторный синдром
ФПМСП	Фонд первичной медико-санитарной помощи
ЧСОЗМЗ	чрезвычайную ситуацию в области общественного здравоохранения, имеющую международное значение
ЮНЕП	Программа ООН по защите окружающей среды
ЮНИСЕФ	Детский фонд ООН (United Nations Children's Fund)
APHEA	Агентство по аккредитации образовательных программ в области общественного здравоохранения (Agency for Accreditation of Public Health Education in Europe)
ASPHER	Ассоциация школ общественного здравоохранения Европейского региона (Association of Schools of Public Health in the European Region)
CDTR	Отчет об угрозах, связанных с инфекционными заболеваниями (Communicable Diseases Threat Report)
CIHR	Канадские институты исследований в области здравоохранения (Canadian Institutes of Health Research)
CISID	Централизованная информационная система по инфекционным заболеваниям (Centralized Information System for Infectious Diseases)
COSI	Европейская инициатива ВОЗ по эпиднадзору за детским ожирением (WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative)
DALY	Годы жизни с поправкой на инвалидность (disability-adjusted life year)

DHS	Демографические и медицинские исследования (Demographic and Health Surveys)
DMDB	Европейская база детализированных данных о смертности (European Detailed Mortality Database)
DYNAMO-HIA	Динамическое моделирование для оценки воздействия на здоровье (Dynamic Modelling for Health Impact Assessment Project)
EAHC	Европейское агентство по здравоохранению и защите прав потребителей (European Agency for Health and Consumers)
ECDC	Европейский центр профилактики и контроля заболеваний
ECHI	Основные показатели здоровья в Европейском регионе (European Core Health Indicators)
EHEN	Сеть по вопросам экономики гигиены окружающей среды (Environmental Health Economics Network)
EHIS	Европейское опросное исследование состояния здоровья (European Health Interview Survey)
EHMA	Европейская ассоциация по управлению здравоохранением (European Health Management Association)
ENHIS	информационная система по окружающей среде и здоровью (Environment and Health Information System)
ENWHP	Европейская сеть укрепления здоровья на рабочих местах (European Network for Workplace Health Promotion)
EPAAC	Европейское партнерство против рака (European Partnership for Action Against Cancer)
EPHA	Европейский альянс общественного здравоохранения (European Public Health Alliance)
EPIET	Европейская программа тренинга по вопросам практической эпидемиологии (European Programme for Intervention Epidemiology Training)
EPIS	Информационная система по расследованию эпидемий (Epidemic Intelligence Information System)
ERA	Европейское научное пространство (European Research Area)
ERC	Европейский исследовательский совет (European Research Council)
EUPHA	Европейская ассоциация общественного здравоохранения (European Public Health Association)
EUPHEM	Европейская программа тренинга по вопросам микробиологии в общественном здравоохранении (European Programme for Public Health Microbiology Training)
EuroFlu	Сеть по эпиднадзору за гриппом Европейского региона ВОЗ (European Influenza Network)
Eva PHR	Оценка отчетности о состоянии здоровья (Evaluation of Public Health Reports Project)
FAO	Продовольственная и сельскохозяйственная организация ООН

GISAH	Глобальная информационная система «Алкоголь и здоровье»(Global Information System on Alcohol and Health)
GOARN	Глобальная сеть предупреждения о вспышках болезней и ответных действий (Global Outbreak Alert and Response Network)
HEIDI	Здоровье в Европе: информационный ресурс (Health in Europe: Information and Data Interface)
HiAP	Учет интересов здоровья во всех направлениях политики (Health in All Policies)
HiT	Системы здравоохранения в переходный период «Системы здравоохранения: время перемен» (Health Systems in Transition),
HMDB	Европейская база данных о заболеваемости по данным стационаров (European Hospital Morbidity Database)
HSC	Комитет по охране здоровья (Health Security Committee)
ICT4PHEM	Инициатива в сфере информационно-коммуникационных технологий для управления чрезвычайными ситуациями в области общественного здравоохранения (Information and Communication Technologies for Public Health Emergency Management)
IQWiG	Институт равенства и эффективности (Германия)
MediSys	Медицинская информационная система (Medical Information System)
MICS	Мульти-индикаторное кластерное обследование (Multiple Indicator Cluster Survey)
MMR	Вакцина против кори, паротита и краснухи (measles, mumps, and rubella)
NHS	Национальная служба здравоохранения (Великобритания)
NICE	Национальный институт здоровья и клинического совершенствования Соединенного Королевства (National Institute for Health and Care Excellence)
NOPA	Европейская база данных по питанию, ожирению и физической активности (European Nutrition, Obesity and Physical Activity database)
PIA PHR	Оценка воздействия системы отчетности о состоянии здоровья на политику (Policy Impact Assessment of Public Health Reporting)
PROM	Результаты лечения со слов пациента (patient-reported outcome measures)
PSSRU	Научное подразделение персональных социальных служб (Personal Social Services Research Unit) (Великобритания)
QALY	Годы жизни с поправкой на качество (quality-adjusted life-years)
REACT	Реагирование на новые инфекционные болезни: оценка и развитие основных возможностей и инструментов (Response to Emerging infectious disease: Assessment and development of Core capacities and Tools)

24 Аспекты общественного здравоохранения в Европе

REMPAN	Сеть медицинской готовности и помощи при радиационных чрезвычайных ситуациях (Radiation Emergency Medical Preparedness and Assistance Network)
SCALE	Проект ЕС «Наука, Дети, Осведомленность, Правовой инструмент, Оценка» (Science, Children, Awareness, Legal instrument, Evaluation)
TEKES	Финское агентство финансирования технологий и инноваций (Финляндия)
TESSy	Европейская система эпиднадзора (The European Surveillance System)
UNAIDS	Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу
WIND	Программа «Совершенствование практики труда в процессе развития местных сообществ» (Work Improvement in Neighbourhood Development)

Аспекты общественного здравоохранения в Европе: введение

Bernd Rechel, Martin McKee

Введение

За последние два столетия общественное здравоохранение достигло значимых успехов, о чем особенно ярко свидетельствует значительное снижение смертности и инвалидности от многих инфекционных заболеваний. Однако еще многое предстоит сделать, особенно в отношении неинфекционных заболеваний (НИЗ), которые стали основной составляющей бремени болезней в Европейском регионе ВОЗ. Многие НИЗ обусловлены поведенческими факторами риска и могут быть решены мерами общественного здравоохранения. Результаты исследования глобального бремени болезней в 2010 г. показали, что ишемическая болезнь сердца являлась основной причиной смерти во всех странах Европе в 2010 г. (Lozano, Naghavi et al 2012), а также ведущей причиной потери лет здоровой жизни (DALY) в странах Центральной Европы, Восточной Европе и Центральной Азии, занимая второе место (после боли в пояснично-крестцовом отделе) – в странах Западной Европы (Murray, Vos et al 2012). Меры общественного здравоохранения, такие как борьба с табакокурением, сокращение потребления соли, улучшение рациона питания и увеличение физической активности, а также снижение злоупотребления алкоголем являются одними из ключевых действий, которые могут помочь ускорить прогресс в борьбе за сокращение числа НИЗ как в Европе, так и за ее пределами (Beaglehole, Bonita et al 2011). Появляется все больше свидетельств того, что многие из этих мер являются экономически эффективными и приносят большую пользу обществу в отдаленной перспективе (McDaid and Suhrcke 2012).

Все большее число национальных и международных организаций признают необходимость принятия устойчивых мер в области общественного здравоохранения в ответ на эти эпидемиологические тенденции. Заседание высокого уровня ООН по неинфекционным заболеваниям в сентябре 2011 г. обратило внимание на острую необходимость профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями во всем мире. В новой европейской политике здравоохранения Здоровье-2020, принятой государствами-членами Европейского региона ВОЗ в сентябре 2012 г. на Мальте, также подчеркивается необходимость действий в области общественного здравоохранения, в том числе на основе межсекторальных подходов (WHO 2012b). Одним из основных элементов региональной политики является Европейский план действий по укреплению потенциала и услуг общественного здравоохранения (ВОЗ 2012a), который также был принят на Мальте и, в свою очередь, основывается на Таллиннской Хартии 2008 г. (ВОЗ 2008).

Цели этой книги

Данная книга призвана выделить эти усилия и преследует две большие цели: (1) представить описание и анализ существующих структур, возможностей и услуг общественного здравоохранения в Европе, и (2) определить, насколько это возможно, какие еще структуры, потенциал и услуги потребуются для усиления действий в области общественного здравоохранения.

Несмотря на то, что в последние десятилетия было опубликовано много пособий по общественному здравоохранению, ни одна книга, по-видимому, не была посвящена всестороннему описанию практики общественного здравоохранения в Европе. Настоящая книга призвана заполнить этот пробел. Она основывается на опубликованной и малоизвестной литературе, а также на ряде текущих и недавних европейских исследовательских проектах. В основу книги легли следующие источники информации: финансируемые Европейским союзом (ЕС) исследования потенциала общественного здравоохранения (Aluttis, Baeretal 2013), трансляция знаний в области информации общественного здравоохранения (Lavisand and Catalo, 2012), исследование реализации межсекторального подхода в управлении здравоохранением, проведенное Европейской обсерваторией по системам и политике здравоохранения (McQueen, Linetal 2012), а также результаты самостоятельных оценок потенциала и служб общественного здравоохранения, проведенных рядом европейских стран при поддержке Европейского регионального бюро ВОЗ (Koppel, Leventhaletal 2009; WHO 2009b; Министерство здравоохранения Республики Узбекистан, 2011 г.). Наконец, в рамках страновых обзоров систем здравоохранения в переходный период из серии «системы здравоохранения: время перемен» (HiT) Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения была представлена информация о структурах, потенциалах и услугах общественного здравоохранения. Однако, как видно из материалов, представленных в этом издании, основные пробелы по-прежнему существуют.

Вторая цель этой книги состоит в том, чтобы определить какие еще структуры, потенциал и услуги необходимы в странах Европы для обеспечения эффективного выполнения функций общественного здравоохранения. В некоторых случаях, например при чрезвычайных ситуациях в области общественного здравоохранения, для обеспечения гигиены и безопасности труда, а также в других областях охраны здоровья, такие требования изложены в международных соглашениях, конвенциях или, в случае государств-членов ЕС и стран, находящихся в процессе присоединения к ЕС, в европейских директивах. В других случаях, например в целях финансирования общественного здравоохранения или в целях обеспечения общественного здравоохранения достаточным количеством квалифицированных кадров, европейские страны взяли на себя политические обязательства по улучшению выполнения функций общественного здравоохранения, изложенные, например, в таком документе, как Европейский план действий по укреплению потенциала и услуг общественного здравоохранения 2012 г., который был одобрен всеми 53 государствами-членами Европейского региона ВОЗ.

Географический охват книги, где это уместно и возможно, включает весь Европейский регион ВОЗ и призван представить разнообразие ситуаций в различных частях региона, а подбор источников осуществлен в стремлении обеспечить надлежащий баланс при обсуждении деятельности различных международных организаций (ЕС, ВОЗ и других), правительств государств, а также субнациональных и общественных организаций.

Данная книга предназначена для тех, кто заинтересован в понимании и совершенствовании общественного здравоохранения в Европе. Аудитория изда-

ния включает исследователей, специалистов, руководителей, государственных советников, лиц, принимающих решения, и широкий круг читателей. Описание и анализ существующих структур, потенциалов и услуг общественного здравоохранения могут представлять наибольший интерес для исследователей, специалистов и пользователей услуг, в то время как описание того, как должны выглядеть эти структуры, потенциалы и услуги, а также какие варианты политических решений возможны, может заинтересовать лиц, принимающих решения в области здравоохранения и других секторах. Мы надеемся, что эта книга послужит полезным руководством для обеих групп.

Концептуальная основа книги

Что такое общественное здравоохранение? Хотя этот термин широко используется, его значение не всегда ясно. Важно отметить, что понимание общественного здравоохранения различается в разных странах Европы, и этот термин трудно перевести на некоторые другие европейские языки (Kaiser and Mackenbach 2008; Tragakes, Brigisetal 2008). Несмотря на отсутствие общепринятого определения, в концептуальном документе Европейского региона ВОЗ в 2011 г. был сделан вывод о том, что определение общественного здравоохранения, предложенное в 1988 г. сэром Дональдом Ачесоном (Donald Acheson) и основанное на более раннем определении Уинслоу (Winslow) (1920), служит полезной отправной точкой (Marks, Hunteretal 2011). Acheson (1988) дал следующее определение общественному здравоохранению – «наука и искусство предотвращения болезней, продления жизни и поддержания здоровья посредством организованных усилий общества».

Следующий вопрос заключается в том, какие действия необходимы для достижения этих целей. Каковы наиболее важные услуги и меры в области общественного здравоохранения? В различных частях мира, в том числе в Соединенных Штатах Америки (Департамент здравоохранения и социальных служб США, 1995) и в Соединенном Королевстве (Факультет медицины общественного здравоохранения, 2001), был предложен ряд «основных функций общественного здравоохранения» (ВОЗ 2009a). В результате проведения международного исследования Delphi в 1997 г. был сформулирован еще один перечень основных функций общественного здравоохранения (Bettcher, Sapirieetal 1998), которые впоследствии были адаптированы Панамериканской организацией здравоохранения и Региональным бюро ВОЗ для стран западной части Тихого океана (WHO 2002, 2003).

Модифицированная версия «основных функций общественного здравоохранения», разработанная Европейским региональным бюро ВОЗ, представляет собой перечень 10 основных оперативных функций общественного здравоохранения (ОФОЗ). Данные ОФОЗ могут служить руководством для проведения оценки потенциала и услуг общественного здравоохранения, а также для определения действий, необходимых для укрепления и совершенствования общественного здравоохранения (ВОЗ 2012a). ОФОЗ также помогают определить горизонтальные действия по всему политическому и административному спектру процессов формирования политики, не концентрируя внимания на деятельности конкретных учреждений (Koppel, Leventhaletal 2009).

Последняя версия ОФОЗ была принята ВОЗ в 2012 г. в форме Приложения к Европейскому плану действий по укреплению потенциала и услуг общественного здравоохранения (ВОЗ 2012a):

1. Эпиднадзор и оценка состояния здоровья и благополучия населения.
2. Мониторинг и реагирование на опасности для здоровья и при чрезвычайных ситуациях в области здравоохранения.

3. Защита здоровья, включая обеспечение безопасности окружающей среды, труда, пищевых продуктов и др.
4. Укрепление здоровья, включая воздействие на социальные детерминанты и сокращение неравенств по показателям здоровья.
5. Профилактика болезней, включая раннее выявление нарушений здоровья.
6. Обеспечение стратегического руководства в интересах здоровья и благополучия.
7. Обеспечение сферы общественного здравоохранения квалифицированными кадрами достаточной численности.
8. Обеспечение устойчивых организационных структур и финансирования.
9. Информационно-разъяснительная деятельность, коммуникация и социальная мобилизация в интересах здоровья.
10. Содействие развитию исследований в области общественного здравоохранения для научного обоснования политики и практики.

ОФОЗ подразделяются на базовые функции и обеспечивающие функции (ВОЗ 2003). ОФОЗ 1–5 представляют собой базовые функции общественного здравоохранения, в то время как ОФОЗ 6–10 являются комплексными всеобъемлющими функциями, которые позволяют реализовывать меры общественного здравоохранения (рисунок 1.1). Однако на практике ни одна система общественного здравоохранения не организована в соответствии с этими функциями, при том что элементы этих функций можно найти во многих различных видах деятельности и структурах. Так как, возможно, только в будущем данные и опыт организации и деятельности систем общественного здравоохранения позволят структурировать описание и анализ ситуации в полном соответствии с этими функциями, в рамках настоящей книги такой задачи не ставилось, хотя некоторые из функций могут быть сопоставлены с теми, которые рассматриваются в настоящей книге.

Структура книги

Настоящая книга разделена на четыре части. В части 1 (главы 1 и 2) разъясняются концепции и определения, в части 2 (главы 3–13) рассматривается вопрос о том, как основные функции общественного здравоохранения реализуются в странах Европы, в части 3 (главы 14–18) проводится анализ ресурсов, необходимых для их реализации, а в части 4 (глава 19) обобщаются ключевые выводы о мерах, необходимых для укрепления общественного здравоохранения в Европе.

После введения в главе 2 рассматривается меняющийся контекст общественного здравоохранения в Европе. В ней описываются меняющиеся профили заболеваемости и возможности общественного здравоохранения вследствие прогресса в области информационных технологий, профессиональных навыков и квалификации, а также растущее признание значимости социальных детерминант здоровья и меняющаяся роль государства.

Глава 3, в которой описывается мониторинг здоровья населения в Европе, является первой из глав, в которой рассматриваются ключевые функции общественного здравоохранения. В ней приводятся аргументы в подтверждение того факта, что понимание здоровья населения является важнейшим условием для разработки эффективной политики и действий в области общественного здравоохранения. В этой главе рассматриваются весьма разнообразные существующие в Европе информационные системы здравоохранения для мониторинга и эпиднадзора в масштабах всего населения. В главе также представлены доступные источники информации о здоровье и деятельности (использовании) систем

Распределение и взаимодействие основных оперативных функций общественного здравоохранения в целях обеспечения предоставления услуг



Рисунок 1.1 Десять основных оперативных функций общественного здравоохранения

Источник: ВОЗ (2012a)

здравоохранения, а также проводится анализ мест и причин отсутствия таких данных или их недостоверности. В заключительной части главы излагаются аргументы в пользу необходимости расширения международного сотрудничества и согласованности (гармонизации) систем сбора данных в Европе.

В главе 4 обсуждается роль ВОЗ и ЕС в реагировании на чрезвычайные ситуации в области общественного здравоохранения, включая вспышки инфекционных заболеваний. На основании концептуальных рамок цикла управления мероприятиями в этой главе рассматриваются происхождение и функции Международных медико-санитарных правил (2005 г.) и анализируются основные возможности, необходимые для эпиднадзора и реагирования на национальном уровне. Затем в главе описывается, как ВОЗ и ЕС поддерживают каждый этап реализации мероприятий на национальном уровне, и как они укрепляют национальный потенциал для реагирования на чрезвычайные ситуации в области общественного здравоохранения.

Главы 5–7 посвящены ключевым аспектам охраны здоровья. В главе 5 рассматриваются текущие программы и структуры безопасности труда и охраны здоровья трудящихся в Европе. Глава начинается с разъяснения достаточно запутанной терминологии в данной области, затем приводятся основные международные документы, используемые для обеспечения и совершенствования безопасности труда и охраны здоровья трудящихся в Европе. Затем в главе дается оценка ситуации в различных частях Европейского региона ВОЗ, основных проблем, с которыми сталкиваются страны в области совершенствования систем охраны труда, а также стратегических направлений, которым они могли бы следовать. В главе приводятся аргументы в пользу того, что современные услуги общественного здравоохранения должны включать в себя сильную программу по охране здоровья и труда на производстве, стремиться к всеобщему охвату и интеграции в первичную медико-санитарную помощь и, в частности, ориентироваться на уязвимые категории работников и на секторы повышенного риска.

Глава 6 начинается с краткого обзора основных экологических опасностей для здоровья, а также бремени болезней, которые могут быть с ними связаны. Затем в главе описываются основные элементы услуг по охране окружающей среды, а также дисциплины, связанные с этой областью. В Европе отмечаются различия в составе участников и перечне дисциплин, вовлеченных в процессы обеспечения

охраны окружающей среды, равно как и в программах подготовки специалистов, работающих в области охраны окружающей среды. В главе представлены действия на международном, национальном и местном уровнях по созданию более здоровой окружающей среды в Европе.

В главе 7 рассматриваются вопросы продовольствия и питания. Большая часть бремени болезней в Европе связана с нездоровым питанием, таким как потребление продуктов с высоким содержанием соли, сахара, трансжирных кислот и насыщенных жирных кислот, при этом эпидемия ожирения разворачивается в большинстве европейских стран. В данной главе описываются соответствующие международные инициативы в области продовольствия и питания, меры национальной политики и усилия по совершенствованию эпиднадзора, мониторинга и оценки. В главе приводятся аргументы в пользу того, что первичная медико-санитарная помощь должна сыграть свою роль в борьбе с ожирением и недоеданием.

В главе 8 представлена оценка того, как общественное здравоохранение может внести свой вклад в функционирование медико-санитарной помощи. В идеале системы здравоохранения должны быть организованы на достижение конечной цели — улучшение здоровья населения. Для достижения этой цели необходимо оценить потребности в медико-санитарной помощи, эффективные и экономически-эффективные меры и правильное распределение ресурсов. В главе также рассматривается то, каким образом организации по оказанию медико-санитарной помощи могут стать базой для реализации мер по укреплению здоровья населения.

В главе 9 представлен обзор существующих в Европе программ скрининга на рак. Глава начинается с обсуждения критериев и условий для внедрения программ скрининга. Затем в главе исследуются данные скрининга на рак шейки матки, груди и толстой кишки, а также спорные вопросы в данной области. Далее следует обзор практик реализации скрининга на рак. Глава завершается выводом о наличии значительных улучшений, а также об имеющихся больших возможностях для дальнейшего развития. В главе приводятся доказательства в пользу проведения систематических популяционных обследований населения, но также признается, что финансовый и профессионально-кадровый потенциал в Европейском регионе ВОЗ существенно различаются.

В главе 10 представлен обзор существующих в Европе инфраструктурных решений системы укрепления здоровья, интеграции мер по укреплению здоровья в систему оказания медицинских услуг и подготовки медицинских специалистов по вопросам укрепления здоровья. Данная глава отражает большие различия европейских стран в реализуемых подходах по укреплению здоровья населения. Широкие перспективы для улучшения ситуации, по-видимому, существуют во многих странах Центральной и Восточной Европы, а также бывшего Советского Союза, при этом и для стран Западной Европы также имеются значительные возможности для улучшения ситуации.

В главе 11 рассматриваются некоторые меры воздействия на социальные детерминанты здоровья. Имеются многочисленные убедительные данные влияния социальных, экологических и экономических факторов на смертность, заболеваемость и неравенство в сфере здравоохранения в Европе. Тем не менее, практические действия далеко не однозначны и часто требуют реализации комплексной многосекторальной политики и программ. В данной главе излагается, как можно достигнуть практических успехов на примерах местного, национального и международного уровней. В ней утверждается, что меры по сокращению неравенства в области здравоохранения должны быть универсальными, но все

же требуется их ориентированность на наиболее уязвимые группы населения. В качестве примеров приведено применение законодательных мер, направленных на использование ремней безопасности или снижения скорости движения на дорогах в густонаселенных районах, что, в частности, направлено на решение вопросов неравенства, при этом имеет положительные эффекты в масштабах всего (большинства) населения в целом.

В главе 12 рассматривается межсекторальная работа в интересах общественного здравоохранения. В данной главе приводится анализ опыта внедрения межсекторальной политики на национальном и наднациональном уровнях в Европе и исследуются инфраструктурные решения межсекторального управления, включая такие как межведомственное взаимодействие, подкомитеты Кабинета министров, министры общественного здравоохранения, парламентские и межсекторальные комитеты, объединенные бюджеты и делегированное финансирование. В главе излагаются пути претворения межсекторальных решений и стратегий в практическую реализацию и приводятся аргументы в пользу существования множества возможностей для «взаимного изучения опыта» во всей Европе.

В главе 13 рассматривается использование в Европе оценок воздействия на здоровье человека, приводятся разъяснения целей таких оценок, ключевых этапов и различных форм, которые они могут принимать, включая тенденцию к проведению комплексных оценок воздействия на здоровье, а также использованию быстрых (экспресс) оценок, проводимых сообществами, и оценок, ориентированных на аспекты равенства в вопросах здоровья. Затем в главе поднимается вопрос о том, должны ли оценки воздействия на здоровье носить добровольный или обязательный характер. В заключение говорится о важности учета вопросов охраны и укрепления здоровья в процессах принятия решений организациями и налаживания взаимодействия между секторами.

В главах 14–18 обсуждаются некоторые из ключевых ресурсов, необходимых для общественного здравоохранения. В главе 14 рассматривается большое разнообразие в организации и финансировании общественного здравоохранения в Европе. С точки зрения организации, страны различаются по соотношению централизованных и децентрализованных функций общественного здравоохранения и в том, как они решают проблему вертикальной и горизонтальной интеграции мероприятий в области общественного здравоохранения в рамках различных программ, секторов и уровней медицинской помощи. Что касается финансирования, то доля финансовых средств на мероприятия общественного здравоохранения в структуре общих расходов на здравоохранение и существующие механизмы повышения финансирования мероприятий общественного здравоохранения сильно различаются между странами. Вместе с тем отмечается тенденция формирования комбинированных источников финансирования, при этом растет интерес министерств здравоохранения, пусть и не министерств финансов, к использованию практики специализированного налогообложения для целей общественного здравоохранения. В главе делается вывод о необходимости сохранения существующих структур и уровней финансирования в нынешних экономических условиях.

Глава 15 посвящена кадровому вопросу общественного здравоохранения. Оказание услуг в области общественного здравоохранения требует наличия хорошо подготовленных и квалифицированных кадров, включая как специалистов в области общественного здравоохранения, так и других работников здравоохранения. Однако количественная оценка кадровых ресурсов общественного здравоохранения по-прежнему остается невозможной. В главе рассматривается

существующая в Европе инфраструктура подготовки специалистов общественного здравоохранения, начиная с изучения существующих определений и общих характеристик кадровых ресурсов в Европе, затем дается характеристика текущего состояния кадрового вопроса. В заключительной части главы представлены существующие в Европе системы подготовки и профессионального развития кадров общественного здравоохранения, а также меры, необходимые для их непрерывного профессионального роста.

В главе 16 рассматривается управление в области общественного здравоохранения. Ранее связанное с одним человеком, должностью или учреждением, руководство в области общественного здравоохранения в настоящее время распределено между местными органами власти и сообществами, а также другими заинтересованными сторонами. В главе обсуждается, что такое лидерство в области общественного здравоохранения, каковы его функции и в каких формах оно может проявляться. Далее приводится обзор управления в области общественного здравоохранения в Европе на национальном и международном уровнях, а также исследуются способы его укрепления и развития. В главе приводятся аргументы в пользу того, что руководящим структурам в области общественного здравоохранения все чаще придется обращаться к другим сферам, влияя на тех, кто работает вне его контроля, а также создавать коалиции и альянсы.

Глава 17 посвящена научным исследованиям в области общественного здравоохранения в Европе. В ней приводится обзор существующей инфраструктуры на уровне ЕС для поддержки развития научных исследований, описываются недавние финансируемые ЕС исследовательские проекты, направленные на создание карты научных исследований в области общественного здравоохранения в ЕС. Далее в главе рассматривается вопрос о национальных структурах в поддержку развития научной работы в области общественного здравоохранения в Европе, в том числе на примерах Италии, Польши, Финляндии и Эстонии. В главе приводятся аргументы в пользу необходимости разработки национальных стратегий по развитию научной работы в области общественного здравоохранения, улучшению координации между министерствами науки, здравоохранения и финансов, различными научно-исследовательскими и инновационными программами в рамках ЕС, а также более эффективного взаимодействия между исследователями в области общественного здравоохранения, пользователями и партнерами, в том числе организациями гражданского общества.

В главе 18 исследуется вопрос трансляции знаний применительно к области общественного здравоохранения. В главе обсуждаются способы и пути, которыми информация о здравоохранении (в том числе о системах здравоохранения) формируется и в интерактивном режиме распространяется среди лиц, определяющих политику в области общественного здравоохранения, и заинтересованных сторон в Европе. В основе этой главы лежат результаты недавнего исследовательского проекта, финансируемого ЕС, в рамках которого была проведена оценка современных усилий по распространению информации в области политики общественного здравоохранения и преодоления разрыва между информацией и действиями в области общественного здравоохранения в Европе. В главе утверждается, что посредничество в обмене информацией может способствовать устранению разрыва между знаниями и практикой путем фокусирования внимания на новаторском представлении информации и интерактивных методах обмена информацией.

Глава 19 объединяет основные выводы, представленные в материалах настоящей книги. В главе приводятся доказательства широких перспектив для укрепления функций и ресурсов общественного здравоохранения во многих странах

Европейского региона ВОЗ. Необходимы дополнительные исследования для точного отображения структур и потенциала общественного здравоохранения в Европе, но это не должно препятствовать деятельности, основанной на уже полученных знаниях.

Библиография

- Acheson, D. (1988). *Public Health in England. Report of the Committee of Inquiry into the Future Development of the Public Health Function*. London, HMSO.
- Aluttis, C. A., C. Chiotan, M. Michelsen, C. Costongs and H. Brand, on behalf of the Public Health Capacity Consortium (2013). *Reviewing Public Health Capacity in the EU*. Maastricht, Maastricht University.
- Beaglehole, R., R. Bonita, R. Horton, C. Adams, G. Alleyne, P. Asaria, V. Baugh, H. Bekedam, N. Billo, S. Casswell, M. Cecchini, R. Colagiuri, S. Colagiuri and T. Collins (2011). "Priority actions for the non-communicable disease crisis." *TheLancet*377(9775): 1438-1447.
- Betcher, D., S. Sapirie and E. Goon (1998). "Essential public health functions: results of the international Delphi study." *World Health Statistics Quarterly* 51: 44-54.
- Faculty of Public Health Medicine (2001). *Strengthening Public Health Function in the UAE and EMR of the WHO*. London, Royal Colleges of Physicians of the United Kingdom.
- Kaiser, S. and J. Mackenbach (2008). "Public health in eight European countries: an international comparison of terminology." *Public Health* 122(2): 211-216.
- Koppel, A., A. Leventhal and M. Sedgley, Eds. (2009). *Public Health in Estonia 2008: An analysis of public health operations, services and activities*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- Lavis, J. and C. Catalo, Eds. (2012). *Bridging the Worlds of Research and Policy in European Health Systems*. Copenhagen, WHO, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Lozano, R., M. Naghavi, K. Foreman, S. Lim, K. Shibuya, V. Aboyans, J. Abraham, T. Adair, R. Aggarwal and S. Y. Ahn (2012). "Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010." *The Lancet* 380: 2095-2128.
- Marks, L., D. J. Hunter and R. Alderslade (2011). *Strengthening Public Health Capacity and Services in Europe: A concept paper*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- McDaid, D. and M. Suhrcke (2012). *The contribution of public health interventions: an economic perspective*. In *Health Systems, Health, Wealth and Societal Well-Being*. J. Figueras and M. McKee, Eds. Maidenhead, Open University Press: 125-152.
- McQueen, D., V. Lin, M. Wismar, C. Jones, L. St.- Pierre and M. Davies, Eds. (2012). *Intersectoral Governance for Health in All Policies*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory for Health Systems and Policies.
- Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan (2011). *Self- Assessment of Public Health Services in the Republic of Uzbekistan*. [Министерство здравоохранения Республики Узбекистан, 2011 г. Результаты самостоятельной оценки служб общественного здравоохранения в Республике Узбекистан. Технический отчет.] Technical Report. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- Murray, C. J. L., T. Vos, R. Lozano, M. Naghavi, A. D. Flaxman, C. Michaud, M. Ezzati, K. Shibuya, J. A. Salomon, S. Abdalla and V. Aboyans (2012). "Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010." *The Lancet* 380: 2197-2223.
- Tragakes, E., G. Brigis, J. Karaskevica, A. Rurane, A. Stuburs, E. Zusmane, O. Avdeeva and M. Schafer (2008). "Latvia: health system review." *HealthSystemsinTransition*10(2): 1-253.
- US Department of Health and Human Services (1995). *For a Healthy Nation: Returns on investment in public health* [<https://books.google.co.uk/books?id=g0zWZ817UDIC&pg=PP1&dq=For+a+Healthy+Nation:+Returns+on+Investment+in+Public+Health&ei=WTcESv-DKKTGzQT4vNj2Aw&hl=ru#v=onepage&q=For%20a%20Healthy%20Nation%3A%20Returns%20on%20Investment%20in%20Public%20Health&f=false>, по состоянию на 30 июня 2018 г.]. Washington, DC, US Department of Health and Human Services.

- Winslow, C.-E. A. (1920). "The untilled fields of public health." *Science* 51(1306): 23-33.
- World Health Organization (WHO) (2002). *Essential Public Health Functions: The role of ministries of health*. Manila, WHO Regional Office for the Western Pacific.
- World Health Organization (WHO) (2003). *Essential Public Health Functions: A three- country study in the Western Pacific Region*. Manila, WHO Regional Office for the Western Pacific.
- World Health Organization (WHO) (2008). *The Tallinn Charter*. [Таллинская хартия.] Tallinn, WHO.
- World Health Organization (WHO) (2009a). *Evaluation of Public Health Services in Slovenia*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization (WHO) (2009b). *Evaluation of Public Health Services in South-eastern Europe*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization (WHO) (2012a). *European Action Plan for Strengthening Public Health Capacities and Services*. [Европейский план действий по укреплению потенциала и услуг общественного здравоохранения.] Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. [<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/Health-systems/public-health-services/publications/2012/european-action-plan-for-strengthening-public-health-capacities-and-services>, по состоянию на 30 июня 2018 г.].
- World Health Organization (WHO) (2012b). *Health 2020 Policy Framework and Strategy*. [Здоровье-2020: основы европейской политики и стратегия для XXI века.] Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. [<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being>, по состоянию на 30 июня 2018 г.].

глава 2

Изменяющийся контекст общественного здравоохранения в Европе

Martin McKee, Bernd Rechel, Hans Kluge, Ted Tulchinsky

Введение

Общественное здравоохранение в Европе должно находиться в постоянной готовности к преобразованиям, поскольку как угрозы, так и потенциальные ответные меры на эти угрозы непрерывно меняются. Тем не менее, оно слишком часто не успевает за развитием событий. В настоящей главе рассматриваются новые вызовы и возможности, с которыми сегодня сталкивается общественное здравоохранение в Европе. В ней определяются тенденции, наблюдающиеся в шести глобальных областях:

- *Эпидемиологической*: изменение профиля и характера заболеваемости, включая появление новых заболеваний и повторное появление тех, которые, как представлялось, уже были искоренены, а также рост глобальной эпидемии неинфекционных заболеваний.
- *Информационной*: небывалое увеличение компьютерных мощностей и способности получать и связывать данные из множества разнообразных источников, а также диверсифицировать источники информации, такие, например, как социальные сети, которые все чаще используются таким образом, что представляют определённую угрозу здоровью населения.
- *Профессиональной*: растущее признание и применение полидисциплинарного подхода к организации общественного здравоохранения вместо господствовавшей ранее традиционной медицинской модели.
- *Концептуальной*: растущее понимание важности основополагающих детерминант здоровья, так называемых «первопричин», и роли векторов (переносчиков) болезней в современном их понимании, таких как транснациональные корпорации по продаже табака, алкоголя и высококалорийных продуктов питания, поддерживающих развитие глобальной эпидемии неинфекционных заболеваний.
- *Политической*: изменение убеждений и представлений о взаимоотношениях индивида и государства.
- *Связанной с распределением благ*: увеличение, начиная с 1960-х годов, разрыва по показателям здоровья в Европе, который только сейчас начинает медленно сокращаться, а также рост экономической, когнитивной и политической дистанции между малочисленными, но могущественными мировыми элитами («один процент», согласно информации международного социально-политического движения Ossuru Movement) и (всей) другой частью населения.

Эпидемиологический переход

В 1971 г. Омран (Omran) описал эпидемиологический переход, при котором успех борьбы с традиционно высоким уровнем инфекционных заболеваний способствовал росту бремени неинфекционных заболеваний. Он выделил три эпохи развития общества: эпоха болезней и голода, для которой характерны высокая смертность и низкий рост численности населения; эпоха отступающих пандемий, в течение которой происходит постепенное снижение уровня смертности и увеличение продолжительности жизни; и, наконец, эпоха дегенеративных и техногенных заболеваний, когда смертность продолжает снижаться и в конечном итоге стабилизируется на низком уровне.

Хотя победа в борьбе с инфекционными заболеваниями казалась неизбежной в начале 1970-х гг. (Fauci 2001), спустя четыре десятилетия стало очевидно, что в реальности все обстоит сложнее, так как появились новые и вернулись «старые» инфекционные заболевания. Конечно, в борьбе с инфекционными заболеваниями можно отметить значительные успехи, включая ликвидацию оспы и почти полную ликвидацию полиомиелита. Вместе с тем человечество продолжает бесконечную борьбу с микроорганизмами без очевидных признаков победы. Микроорганизмы и их переносчики адаптируются к новым экологическим нишам, используя, например, механизм формирования устойчивости к антибиотикам как следствие массового производства продуктов питания (Davis, Price et al. 2011). Микроорганизмы, включая такие как вирус гриппа и ВИЧ, также смогли воспользоваться возросшими темпами глобальных миграций, хотя и сами они и пути передачи у них разные (Macpherson, Gushulak et al. 2007; Vajardi, Poletto et al. 2011). Возвращение проблемы туберкулеза в странах бывшего СССР (Coker, McKee et al. 2006; Rechel, Roberts et al. 2013) и малярии в Греции после резкого сокращения числа мер по борьбе с переносчиками инфекции в 2010 г. (Kentikelenis, Karanikolos et al. 2011) свидетельствуют о том, что ослабление потенциала общественного здравоохранения может привести к распространению инфекционных заболеваний. Общественное здравоохранение разработало множество ответных мер. Например, появились новые организационные структуры, такие как ЮНЭЙДС, Глобальный фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией и альянс GAVI, на глобальном уровне, а также Европейский центр по профилактике и контролю заболеваний - на региональном уровне (в Европейском регионе). Более глубокое понимание новых угроз, вызванных инфекционными заболеваниями, также способствовало принятию межсекторальных мер, например в ответ на эпидемию СПИДа сектор здравоохранения, полиция и система правосудия уже должны работать сообща (см. главу 12 «Межсекторальная работа и учет интересов здоровья во всех направлениях политики»). Тем не менее борьба продолжается.

Omran (1971) был достаточно точен в предсказании роста числа заболеваний, которые он назвал «дегенеративными и антропогенными». Несмотря на то, что в развитых промышленных странах отмечался значительный успех в борьбе со многими неинфекционными заболеваниями, примером чему служит 50-процентное сокращение смертности от ишемической болезни сердца в странах Северо-Западной Европы в 1980-х и 1990-х гг. (Kuulasmaa, Tunstall-Pedoe et al. 2000; Tunstall-Pedoe, Vanuzzo et al. 2000), в целом проблема сохраняется. Также отмечается значительный рост распространенности ожирения во многих европейских странах (см. главу 7 «Продовольственная безопасность и выбор в пользу здорового питания»), обусловленный главным образом потреблением высококалорийной пищи и ведущий к росту случаев диабета и его осложнений

(Basu, Stuckler et al. 2013). Одновременно растет осознание и понимание бремени и психических расстройств, на которые сегодня приходится 40% лет жизни с поправкой на инвалидность в Европе (Petrea and McCulloch 2013).

Эти обстоятельства потребовали разработки системой общественного здравоохранения нового подхода. Некоторые важнейшие достижения прошлого были сделаны в рамках крупномасштабных программ по улучшению состояния окружающей среды, таких как организация системы безопасного питьевого водоснабжения и улучшение санитарных условий, в том числе в рамках программ массовой вакцинации. Эти успехи стали следствием внедрения и наращивания относительно простых мер. Современные угрозы общественному здравоохранению гораздо более сложны. Пример тому – история СССР. Коммунистическая система успешно распространяла применение основных мер, например против инфекционных заболеваний, но потерпела неудачу в сдерживании роста неинфекционных заболеваний (McKee 2007a), что до сих пор ощущается в странах бывшего Советского Союза (Rechel, Roberts et al. 2013).

Многие из современных угроз здоровью обществу получили название «болезни, связанные с образом жизни», указывая на то, что в основе развития этих болезней лежит именно выбор человека (в пользу того или иного образа жизни). Но это упрощенное определение не учитывает ни условий и обстоятельств, в которых человеку приходится (или он вынужден) делать свой выбор, ни того факта, что некоторые вещества, такие как алкоголь и табак, вызывают у человека выраженную зависимость. Чтобы быть эффективными, ответные меры общественного здравоохранения должны учитывать все эти факторы (см. главу 11 «Действия в отношении социальных детерминант здоровья»). Это означает, что меры обязательно должны быть комплексными, учитывать различные аспекты развития болезней. Примером такой ситуации является смертность от заболеваний и состояний, связанных с употреблением алкоголя, уровень которой растет в некоторых европейских странах. Традиционные меры общественного здравоохранения, такие как проведение разъяснительной работы с населением о вредных последствиях алкоголя, в значительной степени неэффективны. Вместо этого требуются скоординированные действия по регулированию цен, доступности и рекламы алкоголя (Holder and Edwards 1995).

Достижения в области информационных технологий

Значительный рост доступной детализированной информации о повседневной жизни людей создает новые возможности успешного функционирования общественного здравоохранения. При этом такая информация может быть использована и в ущерб здоровью населения. Достижения в области информационных технологий широко используются коммерческими организациями для получения подробных данных о нашей повседневной жизни и потребительских привычках (моделях потребления). Люди приобретают клубные карты супермаркетов, карты программ лояльности авиакомпаний и кредитные карты, в то время как мобильные телефоны позволяют следить за нашим передвижением, а поисковые интернет системы могут отслеживать, что мы читаем. Все эти источники информации используются для оптимизации маркетинговых планов развития компаний, иногда рекламируя продукты, которые призваны улучшить качество жизни, но чаще – продукты, вредные для здоровья (Dorotic, Bijmolt et al. 2012).

В свою очередь общественное здравоохранение лишь прикоснулось к возможностям использования безграничных информационных данных (Kuh 2012),

отчасти из-за нехватки ресурсов, но также и из-за действующего законодательства в сфере защиты персональных данных, которое в конечном итоге во многих странах ставит инициативы по укреплению здоровья на более слабые позиции, чем инициативы, которые оказывают потенциально пагубное влияние на здоровье. Например, сейчас при помощи установленных в мобильных телефонах программ географического позиционирования возможно отслеживать передвижение человека, тем самым определяя модели и характер их физической активности и использования различных видов транспорта (Palmer, Espenshade et al. 2012). Эту информацию можно объединить с быстро растущим объемом геопозиционных данных, а также инфраструктурной информацией населенного пункта, которая доступна из цифровых карт и изображений, подробно представленных на Google Streetview. Для реализации такого потенциала системам общественного здравоохранения в некоторых странах необходимо заметно усовершенствовать возможности по анализу таких данных с учетом соблюдения соответствующих гарантий неприкосновенности личной информации и обеспечения законности действий государства в глазах своих граждан. Это стало намного труднее после обнародования информации о случаях широкого скрытого наблюдения спецслужбами в некоторых странах, что существенно подорвало доверие к действующим системам защиты информации.

Достижения в области информационных технологий также открывают новые возможности для персонализированных мер общественного здравоохранения, направленных на изменение поведения, таких как использование текстовых сообщений в качестве поддержки для людей, бросающих курить (Free, Knight et al. 2011). Однако компании, которые продвигают продукты, оказывающие негативное влияние на здоровье, могут использовать те же технологические достижения. Например, алкогольная промышленность инвестировала значительные средства в социальные сети, такие как Facebook и Twitter, обеспечив непрерывное воздействие потока рекламной информации на молодых людей и используя их в качестве участников своих маркетинговых кампаний (Hastings and Sheron 2013). Данные методы обходят традиционные ограничения на рекламу, при этом общественное здравоохранение до сих пор не смогло предпринять надлежащие ответные действия. Тем не менее, такие меры, как, например, стандартизация упаковки сигарет, разрывающая связь между этими новыми формами маркетинга и конечным продуктом, открывают значительные перспективы, и на момент написания данной книги Ирландия и Шотландия обязались следовать этому подходу.

Повышение профессиональных навыков и квалификации

Традиционно в вопросах общественного здравоохранения ключевая роль принадлежала врачам и медсестрам, которые в белых халатах, в медицинской форме выступали перед школьниками с информацией о том, как образ жизни может влиять на здоровье. Этот подход никогда не был особенно эффективным, но в некоторых странах он по-прежнему широко используется (см. главу 15 «Развитие кадровых ресурсов общественного здравоохранения»).

Современный подход к организации общественного здравоохранения требует наличия специалистов с гораздо более широким спектром навыков в различных дисциплинах и способных работать совместно с представителями других профессий в рамках междисциплинарных команд (см. главу 12 «Межсекторальная работа и учет интересов здоровья во всех направлениях политики»). Например, для успешной реализации политики в отношении алкоголя требуются компетенции, значительно более обширные, чем традиционные знания специалистов в

области общественного здравоохранения: эпидемиология, статистика и социология. К дополнительным необходимым в современных условиях навыкам относятся знания в области экономики, которые нужны для объяснения политикам таких понятий, как ценовая эластичность (Lhachimi, Cole et al. 2012), в области социальной географии, которые нужны для понимания географических детерминант моделей потребления (Bryden, Roberts et al. 2012), а также в области психологии и информационных технологий, которые необходимы для понимания современных сложных методов рекламы, используемых маркетинговыми компаниями (Nicholls 2012). Общественное здравоохранение также играет все более важную роль при формировании политики и определении мероприятий системы здравоохранения, например в том, чтобы обеспечить соответствие медицинских услуг потребностям здоровья населения и законным ожиданиям населения, а также в том, чтобы медицинские услуги предоставлялись эффективным и надлежащим образом (см. главу 8 «Общественное здравоохранение с акцентом на медицинскую помощь»).

Тем не менее, даже там, где в настоящее время признается потребность в более широком спектре компетенций, специалистам из других профессиональных областей зачастую отводится подчинённая медицинскому работнику должность. Соединенное Королевство является одним из немногих исключений из этого правила, т.к. имеет систему мультидисциплинарного общественного здравоохранения, в рамках которого специалисты в области общественного здравоохранения, независимо от их первоначального образования, проходят одинаковую программу подготовки и получают одинаковую квалификацию (Griffiths, Crown et al. 2007).

Хотя низкие показатели в некоторых странах могут отчасти объясняться недостаточностью инфраструктуры общественного здравоохранения, важно признать, что наличие хорошо подготовленных кадров в области общественного здравоохранения является лишь одной из многих предпосылок для разработки и реализации успешной политики в области здравоохранения. Некоторые европейские страны с хорошо подготовленными кадровыми ресурсами в области общественного здравоохранения, такие как Дания или Литва, сложно сравнивать со странами-соседями с точки зрения эффективности политики в области здравоохранения, что в одних случаях является результатом отсутствия политической воли, а в других — неспособности реализовать политику (McKee and Mackenbach 2013).

Взгляд вглубь проблемы, на её первопричины

Общественное здравоохранение традиционно занимается непосредственными причинами заболеваний. В XIX веке многие из этих причин были инфекционной природы, что все больше признавалось с развитием микробной теории Пастера. Впоследствии Роберт Кох изложил свои постулаты, чтобы определить, является ли инфекционный агент (возбудитель) причиной заболевания (Porter 1997). Однако данная базовая модель причинно-следственной связи не подходила для объяснения причин роста неинфекционной заболеваемости в XX веке, что стало толчком к изложению Брэдфордом Хиллом девяти критериев причинности (Hill 1965). Согласно этим критериям в условиях отсутствия произвольного (случайного) распределения лиц, подвергающихся воздействию потенциального фактора риска, необходимо использовать различные виды информации для вынесения суждений о причинах заболеваний. На протяжении второй половины XX века критерии причинности Хилла применялись к быстро растущему объему знаний в области эпидемиологии факторов риска, определяя и оценивая роль таких фак-

торов, как употребление жиров и сахара, табака, алкоголя, а также широкий перечень факторов окружающей среды.

Тем не менее это исследование смогло только объяснить, почему у конкретного человека развилось заболевание, но оно не могло объяснить социальную обусловленность многих болезней. Другими словами, почему вероятность развития того или иного заболевания была гораздо выше в одном социальном классе или этнической группе, чем в других. Исследования, проведенные в 1960-х и 1970-х годах, изначально преимущественно в Великобритании и США, ставили под сомнение преобладавшее в то время мнение, что рост благосостояния позволит устранить социальное неравенство (Filakti and Fox 1995). Действительно, имелись свидетельства тому, что социальное неравенство росло (Black and Whitehead 1988).

Это способствовало привлечению внимания к так называемым «социальным детерминантам здоровья» (см. главу 11 «Действия в отношении социальных детерминант здоровья»). Такой подход предполагал выход за рамки непосредственных причин заболеваний, таких как диета и курение, чтобы понять первопричины: причины причин. В некотором смысле это возвращение к истокам общественного здравоохранения XIX века, когда Вирхов (Virchow) определил, что именно правящие структуры в обществе стали причиной развития эпидемии тифа в Силезии (Rather 1990). С точки зрения социальных детерминант, для борьбы с основными причинами заболеваний среди населения необходима реализация политики сверху. К элементам такой политики относится распределение ресурсов, например то, как система налогов и льгот перераспределяет ресурсы от богатых к бедным (и наоборот), а также подход с учетом всех этапов жизни (Marmot, Allen et al. 2012), признающий тот факт, что причины плохого здоровья у взрослых зачастую кроются в проблемах, имевших место еще в утробе матери или на ранних этапах жизни (Kuh and Ben-Shlomo 1997).

Сектор общественного здравоохранения открыто признает, что в обществе есть могущественные силы, которые подрывают здоровье людей (см. главу 19 «Извлечение уроков»). Табачная промышленность производит продукт, который приведет к гибели 50% его потребителей при использовании по назначению. Тем не менее, несмотря на то, что в XX веке из-за курения погибло больше людей, чем вследствие правления Гитлера и Сталина вместе взятых, табачная промышленность рассматривается некоторыми европейскими политиками в качестве законного бизнеса, что нашло свое отражение в активном и очень хорошо финансируемом лоббировании. Такая поддержка привела к голосованию Европейского парламента в 2013 г. за Директиву о табачных изделиях, где многие члены Европейского парламента встали на сторону табачной промышленности против рекомендаций Европейской комиссии и Совета министров. С другой стороны, все большее число национальных правительств придерживаются положений Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака, в которой изложены принципы взаимодействия с этой широко дискредитированной отраслью.

В то время как курение не является жизненной необходимостью, еда и вода нужны всем. Однако глобальная продовольственная система все больше концентрируется в руках небольшого числа многонациональных корпораций, которые таким образом начинают самостоятельно определять, что нам употреблять в пищу (Lock, Stuckler et al. 2009). Например, широкое использование кукурузного сиропа с высоким содержанием фруктозы в продуктах быстрого приготовления (фаст-фуде) является следствием глобальной коммерческой системы, выстроенной для продвижения интересов крупных американских производителей зерна (Lustig, Schmidt et al. 2012). Все чаще многонациональные корпорации рассматриваются в качестве векторов (переносчиков) эпидемии неинфекцион-

ных заболеваний, подобно тому, как комары выступают в качестве переносчиков возбудителя малярии (Geneau, Stuckler et al. 2010). Однако, в отличие от комаров, корпорации способны изменять окружающую среду, чтобы продвигать свои собственные интересы. Они осуществляют это путем лоббирования, добиваясь того, чтобы законы, в рамках которых они действуют, были максимально благоприятны для них (Mindell, Reynolds et al. 2012), а также ведут пропаганду либерализации торговли, чтобы их продукция могла проникать на рынки развивающихся стран (Stuckler, McKee et al. 2012).

Такой сдвиг во внимании общественного здравоохранения с непосредственных факторов риска на более отдаленные также необходим при рассмотрении современного финансового и экономического кризиса (см. главу 19 «Извлечение уроков»). В некоторых из наиболее пострадавших от кризиса европейских странах все более явными становятся последствия для здоровья общества мер жесткой экономии, принятые правительствами, что проявляется в росте самоубийств, всплеск инфекционных заболеваний, а также нехватке жизненно необходимых лекарственных средств (Karaniolos, Mladovsky et al. 2013). Признавая необходимость принятия мер, направленных на решение непосредственных причин этих проблем, таких как увеличение инвестиций в программы профилактики самоубийств или обмена шприцев, сторонники общественного здравоохранения призывают к действиям по устранению коренных причин, к которым относится создание общеевропейского банковского управления и политики, которая бы способствовала, а не препятствовала экономическому росту (Stuckler, Basu et al. 2010). Таким образом, общественное здравоохранение возвращается к примеру Вирхова (Virchow) в XIX веке.

Изменение роли государства

Послевоенное благосостояние Европы основывалось на принципе солидарности, согласно которому те, кому посчастливилось иметь ресурсы, поддерживали бы тех, кому таких ресурсов не хватает. Эта модель подвергалась все большим нападкам с начала 1980-х годов, когда политики в некоторых западноевропейских странах начали проводить неолиберальный курс, который значительно уменьшил бы масштабы всеобщего благосостояния. Однако, учитывая подавляющую поддержку обществ, основанных на концепции солидарности, неолиберальные круги добились лишь ограниченного прогресса, и в большинстве стран колебания в избирательном цикле не привели к отклонению от центральной позиции солидарности. Вместе с тем глобальный финансово-экономический кризис, начавшийся в 2007 г., придал новый импульс неолиберальному курсу. Как предсказывала канадская писательница Naomi Klein (Klein 2007), некоторые использовали кризис для того, чтобы утверждать, что в условиях продолжительной рецессии европейское благосостояние является неустойчивым – данная идеологическая позиция не получила доказательного подтверждения.

В то же время неонацистские партии стремятся использовать экономические трудности в некоторых европейских странах, таких как Греция и Венгрия, путем пропаганды расистских идеологий, в некоторых случаях опираясь на образы 1930-х годов. Все чаще в этих странах воинствующие экстремисты создают угрозу мигрантам, выходцам из неевропейских стран. Во многих европейских странах наблюдается более массовая негативная реакция на права мигрантов (Rechel, Mladovsky et al. 2013). В некоторых странах, таких как Великобритания, политики пытаются отвлечь внимание от неудач своей экономической политики, обвиняя мигрантов из других государств-членов Европейского

Союза, в частности Румынии и Болгарии, в использовании пособий по социальному обеспечению, опять же вопреки доказательствам.

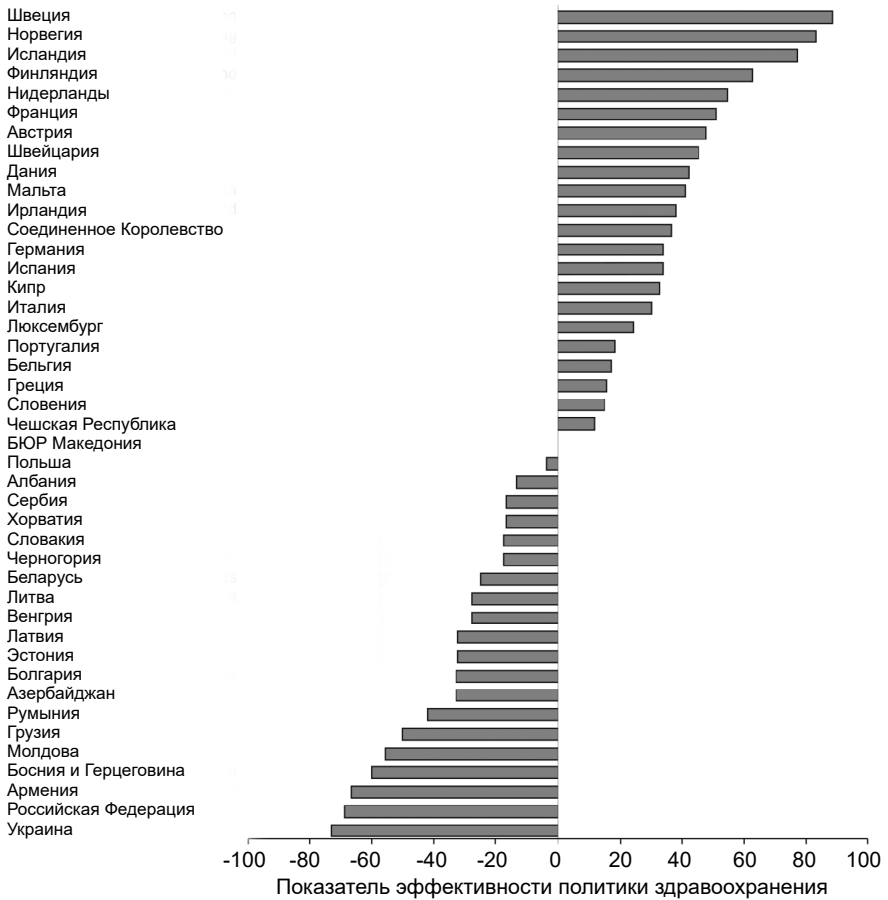
Такие политические события создают серьезную угрозу для здоровья населения. Они бросают вызов непосредственно ценностям, лежащим в основе общественного здравоохранения, таким как справедливость и вовлеченность. Важно помнить о том, что общественное здравоохранение с его идеей коллективных действий общества базируется полностью на политических убеждениях. Однако если вспомнить о событиях первой половины XX века, общественное здравоохранение не всегда было на стороне уязвимых и маргинализированных слоев населения. Действительно, в 1930-х годах многие школы общественного здравоохранения преподавали то, что называлось «расовой гигиеной». Этот искаженный подход рассматривал определенные меньшинства как угрозу общественному здравоохранению, а не как группы, нуждающиеся в защите (McKee 2007b). Важно извлечь уроки из истории и не повторять ошибок прошлого.

Еще одним изменением является перенос многих аспектов политики в области здравоохранения на наднациональный уровень. Это наиболее очевидно для государств-членов ЕС, где многие аспекты охраны здоровья были гармонизированы, вместе с созданием общих стандартов качества воздуха и воды, а также безопасности продукции. Однако менее широко признается растущая роль глобальных торговых договоров, в которых влиятельные субъекты стремятся устранить то, что они представляют в качестве нетарифных барьеров в торговле, в то время как другие считают это необходимой защитой здоровья и социальной сплоченности. Примером может служить весьма противоречивое торговое соглашение между ЕС и США, подготовленное преимущественно в условиях конфиденциальности, и, в частности, возрастание механизмов разрешения споров между инвесторами и государством, которые подрывают демократический процесс. С другой стороны, существуют некоторые области, в которых международные действия могут обеспечить механизмы, способные защитить здоровье в таких сферах, например, как изменение климата (хотя еще многое предстоит сделать). В то же время растет признание роли муниципального и субнационального уровней в решении местных (муниципальных), национальных и даже глобальных проблем здравоохранения (см. главу 6 «Гигиена окружающей среды», главу 11 «Действия в отношении социальных детерминант здоровья», главу 12 «Межсекторальная работа и учет интересов здоровья во всех направлениях политики» и главу 16 «Развитие лидерства в общественном здравоохранении»).

Увеличение разрыва в состоянии здоровья

Разница в ожидаемой продолжительности жизни населения европейских стран сейчас больше, чем 40 лет назад. Недавний анализ показал, что, по крайней мере частично, такая тенденция находит свое отражение в существенных различиях в реализации тех политик общественного здравоохранения, эффективность которых известна (Mackenbach and McKee 2013). Такие различия между странами были выявлены при сопоставлении 27 показателей «процесса» и «результативности», а также сводного итогового показателя, которые отражали суммарный успех страны в реализации эффективной политики охраны здоровья в 10 различных областях: табак; алкоголь; продовольствие и питание; фертильность, беременность и деторождение; здоровье детей; инфекционные заболевания; диагностика и лечение гипертензии;

Рисунок 2.1 Эффективность комплексных мер политики здравоохранения в Европе



Источник: Mackenbach and McKee (2013)

раннее выявление онкологических заболеваний; безопасность дорожного движения и загрязнение воздуха (рис. 2.1). В Европе Норвегия и Швеция являются лидерами почти во всех областях политики, учитывающей интересы здоровья, в то время как другие страны, особенно страны бывшего Советского Союза, значительно отстают. Отчасти данные результаты отражают различия в средствах реализации политики здравоохранения, но в первую очередь они являются следствием различий в государственной и политической воле. Наиболее успешными странами являются государства, набравшие наибольшее количество баллов по показателям самовыражения во Всемирном обзоре ценностей — другими словами, те страны, где люди больше не беспокоятся о базовых потребностях, необходимых для выживания, и могут идти вперед в светлое будущее. С учетом растущих возможностей для укрепления здоровья, которые описывались выше, общественному здравоохранению предстоит еще многое сделать для обеспечения общественного и политического участия, поскольку в противном случае их вовлечение в повседневную

политику и практику, как и в прошлом, будет происходить непозволительно медленно (Tulchinsky and Varavikova 2010).

Заключение

Европа постоянно изменяется, а вместе с ней изменяются угрозы здоровью населения и возможности реагирования на них. К настоящему моменту Европа достигла очень ограниченного и неравномерного прогресса в вопросах охраны здоровья населения. В настоящей главе были представлены к рассмотрению основные тенденции, а также некоторые направления предстоящей деятельности. Уже сейчас ясно, что европейское общественное здравоохранение должно смотреть на проблемы шире, реализуя на практике свою давнюю приверженность продвижению интересов здравоохранения во всех направлениях политики.

Библиография

- Bajardi, P., C. Poletto, J. J. Ramasco, M. Tizzoni, V. Colizza and A. Vespignani (2011). "Human mobility networks, travel restrictions, and the global spread of 2009 H1N1 pandemic." *PLoS One* 6(1): e16591.
- Basu, S., D. Stuckler, M. McKee and G. Galea (2013). "Nutritional determinants of worldwide diabetes: an econometric study of food markets and diabetes prevalence in 173 countries." *Public Health Nutrition* 16(1): 179-186.
- Black, D. and M. Whitehead (1988). *Inequalities in Health: The Black Report and the health divide*. Harmondsworth, Penguin.
- Bryden, A., B. Roberts, M. McKee and M. Petticrew (2012). "A systematic review of the influence on alcohol use of community level availability and marketing of alcohol." *Health and Place* 18(2): 349-357.
- Coker, R., M. McKee, R. Atun, B. Dimitrova, E. Dodonova, S. Kuznetsov and F. Drobniewski (2006). "Risk factors for pulmonary tuberculosis in Russia: case-control study." *British Medical Journal* 332(7533): 85-87.
- Davis, M. F., L. B. Price, C. M. Liu and E. K. Silbergeld (2011). "An ecological perspective on U.S. industrial poultry production: the role of anthropogenic ecosystems on the emergence of drug-resistant bacteria from agricultural environments." *Current Opinion in Microbiology* 14(3): 244-250.
- Dorotic, M., T. H. Bijmolt and P. C. Verhoef (2012). "Loyalty programmes: current knowledge and research directions." *International Journal of Management Reviews* 14(3): 217-237.
- Fauci, A. S. (2001). "Infectious diseases: considerations for the 21st century." *Clinical Infectious Diseases* 32(5): 675-685.
- Filakti, H. and J. Fox (1995). "Differences in mortality by housing tenure and by car access from the OPCS Longitudinal Study." *Population Trends* 81: 27-30.
- Free, C., R. Knight, S. Robertson, R. Whittaker, P. Edwards, W. Zhou, A. Rodgers, J. Cairns, M. G. Kenward and I. Roberts (2011). "Smoking cessation support delivered via mobile phone text messaging (txt2stop): a single-blind, randomised trial." *The Lancet* 378(9785): 49-55.
- Geneau, R., D. Stuckler, S. Stachenko, M. McKee, S. Ebrahim, S. Basu, A. Chockalingham, M. Mwatsama, R. Jamal, A. Alwan and R. Beaglehole (2010). "Raising the priority of preventing chronic diseases: a political process." *The Lancet* 376(9753): 1689-1698.
- Griffiths, S., J. Crown and J. McEwen (2007). "The role of the Faculty of Public Health (Medicine) in developing a multidisciplinary public health profession in the UK." *Public Health* 121(6): 420-425.
- Hastings, G. and N. Sheron (2013). "Alcohol marketing: grooming the next generation." *British Medical Journal* 346: f1227.
- Hill, A. B. (1965). "The environment and disease: association or causation?" *Proceedings of the Royal Society of Medicine* 58(5): 295-300.
- Holder, H. D. and G. Edwards (1995). *Alcohol and Public Policy: Evidence and issues*. Oxford, Oxford University Press.

- Karanikolos, M., P. Mladovsky, J. Cylus, S. Thomson, S. Basu, D. Stuckler, J. P. Mackenbach and M. McKee (2013). "Financial crisis, austerity, and health in Europe." *The Lancet* 381(9874): 1323-1331.
- Kentikelenis, A., M. Karanikolos, I. Papanicolas, S. Basu, M. McKee and D. Stuckler (2011). "Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy." *The Lancet* 378(9801): 1457-1458.
- Klein, N. (2007). *The Shock Doctrine: The rise of disaster capitalism*. London, Allen Lane.
- Kuh, D. and Y. Ben-Shlomo (1997). *A Life Course Approach to Chronic Disease Epidemiology*. Oxford, Oxford University Press.
- Kuh, K. F. (2012). "Personal environmental information: the promise and perils of the emerging capacity to identify individual environmental harms." *Vanderbilt Law Review* 65: 1565-1629.
- Kuulasmaa, K., H. Tunstall-Pedoe, A. Dobson, S. Fortmann, S. Sans, H. Tolonen, A. Evans, M. Ferrario and J. Tuomilehto (2000). "Estimation of contribution of changes in classic risk factors to trends in coronary-event rates across the WHO MONICA Project populations." *The Lancet* 355(9205): 675-687.
- Lhachimi, S. K., K. J. Cole, W. J. Nusselder, H. A. Smit, P. Baille, K. Bennett, J. Pomerleau, M. McKee, K. Charlesworth, M. C. Kulik, J. P. Mackenbach and H. Boshuizen (2012). "Health impacts of increasing alcohol prices in the European Union: a dynamic projection." *Preventive Medicine* 55(3): 237-243.
- Lock, K., D. Stuckler, K. Charlesworth and M. McKee (2009). "Potential causes and health effects of rising global food prices." *British Medical Journal* 339: b2403.
- Lustig, R. H., L. A. Schmidt and C. D. Brindis (2012). "The toxic truth about sugar." *Nature* 482: 27-29.
- Mackenbach, J. P. and M. McKee, Eds. (2013). *Successes and Failures of Health Policy in Europe: Four decades of diverging trends and converging challenges*. Maidenhead, Open University Press.
- Macpherson, D. W., B. D. Gushulak and L. Macdonald (2007). "Health and foreign policy: influences of migration and population mobility." *Bulletin of the World Health Organization* 85(3): 200-206.
- Marmot, M., J. Allen, R. Bell, E. Bloomer, P. Goldblatt, on behalf of the Consortium for the European Review of Social Determinants of Health and the Health Divide (2012). "WHO European review of social determinants of health and the health divide." *The Lancet* 380(9846): 1011-1029.
- McKee, M. (2007a). "Cochrane on Communism: the influence of ideology on the search for evidence." *International Journal of Epidemiology* 36(2): 269-273.
- McKee, M. (2007b). "A crisis of governance?" *Journal of Public Health (Oxford)* 29(1): 3-8.
- McKee, M. and J. Mackenbach (2013). "Conditions for successful health policies." In *Successes and Failures of Health Policy in Europe: Four decades of divergent trends and converging challenges*. J. Mackenbach and M. McKee, Eds. Maidenhead, Open University Press: 331-355.
- Mindell, J. S., L. Reynolds, D. L. Rahu, M. and M. McKee (2012). "All in this together: the corporate capture of public health." *British Medical Journal* 345: e8082.
- Nicholls, J. (2012). "Everyday, everywhere: alcohol marketing and social media - current trends." *Alcohol and Alcoholism* 47(4): 486-493.
- Oman, A. R. (1971). "The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change." *Milbank Memorial Fund Quarterly* 49(4): 509-538.
- Palmer, J. R., T. J. Espenshade, F. Bartumeus, C. Y. Chung, N. E. Ozgencil and K. Li (2012). "New approaches to human mobility: using mobile phones for demographic research." *Demography* 50: 1105-1128.
- Petrea, I. and McCulloch, A. (2013). "Mental health." In *Successes and Failures of Health Policy in Europe: Four decades of divergent trends and converging challenges*. J. Mackenbach and M. McKee, Eds. Maidenhead, Open University Press: 193-213.
- Porter, R. (1997). *The Greatest Benefit to Mankind: A medical history of humanity from antiquity to the present*. London, HarperCollins.
- Rather, L. J. (1990). *A Commentary on the Medical Writings of Rudolf Virchow: Based on Schwabbe's Virchow-Bibliographie*. San Francisco, CA, Norman Publishing.

- Rechel, B., P. Mladovsky, D. Ingleby, J. P. Mackenbach and M. McKee (2013). "Migration and health in an increasingly diverse Europe." *The Lancet* 381(9873): 1235-1245.
- Rechel, B., B. Roberts, E. Richardson, S. Shishkin, V. M. Shkolnikov, D. A. Leon, M. Bobak, M. Karanikolos and M. McKee (2013). "Health and health systems in the Commonwealth of Independent States." *The Lancet* 381(9872): 1145-1155.
- Stuckler, D., S. Basu, M. McKee and M. Suhrcke (2010). "Responding to the economic crisis: a primer for public health professionals." *Journal of Public Health (Oxford)* 32(3): 298-306.
- Stuckler, D., M. McKee, S. Ebrahim and S. Basu (2012). "Manufacturing epidemics: the role of global producers in increased consumption of unhealthy commodities including processed foods, alcohol, and tobacco." *PLoS Medicine* 9(6): e1001235.
- Tulchinsky, T. H. and E. A. Varavikova (2010). "What is the New Public Health?" *Public Health Reviews* 32: 25-53.
- Tunstall-Pedoe, H., D. Vanuzzo, M. Hobbs, M. Mahonen, Z. Cepaitis, K. Kuulasmaa and U. Keil (2000). "Estimation of contribution of changes in coronary care to improving survival, event rates, and coronary heart disease mortality across the WHO MONICA Project populations." *The Lancet* 355(9205): 688-700.

Мониторинг состояния здоровья населения

*Marieke Verschuuren, Peter W. Achterberg,
Pieter G. N. Kramers, Hans van Oers*

Введение

Мониторинг, оценка и анализ состояния здоровья относятся к числу основных функций общественного здравоохранения, определенных Ramagen и Ruales (2008). Действительно, мониторинг состояния здоровья является первой из десяти основных оперативных функций общественного здравоохранения для Европейского региона ВОЗ (см. главу 1 «Аспекты общественного здравоохранения в Европе: введение»). Мониторинг состояния здоровья является необходимым условием для надлежащего управления: для эффективной реализации мер по охране здоровья и предоставления медицинских услуг требуется информация о состоянии здоровья населения, бремени болезней, а также об основных детерминантах здоровья. В частности, мониторинг состояния здоровья населения дает представление о масштабах и характеристике существующего неравенства в отношении здоровья, а также о масштабах, воздействии и распределении детерминант здоровья. В свою очередь, данная информация может быть использована при планировании мероприятий общественного здравоохранения и предоставления медицинских услуг. Детерминанты здоровья включают в себя генетические, биофизиологические и поведенческие факторы, а также факторы окружающей среды (социальные и физические) в дополнение к таким факторам, как профилактика и медицинские услуги.

Согласно концепции, состояние здоровья населения всегда является совокупностью индивидуальных данных о состоянии здоровья (Reidpath, 2005 г). Таким образом, на практике мониторинг состояния здоровья населения или мониторинг состояния общественного здравоохранения представляет собой регулярный сбор и анализ преимущественно индивидуальных данных о соответствующих компонентах здоровья и его детерминантах в популяции или в отдельных группах населения (выборках). Отчетность является неотъемлемой частью мониторинга здоровья общества. Если результаты мониторинга не будут сформулированы в формате соответствующего отчета, необходимая информация не достигнет должным образом конечного пользователя: лиц, принимающих решения, или другой целевой аудитории, и как следствие, управленческий цикл формирования политики будет незавершенным.

Мониторинг состояния здоровья населения может осуществляться с использованием различных подходов, которые могут существенно различаться по степени охвата и назначению. Например, по степени охвата мониторинг может быть либо комплексным, либо тематическим. Комплексный подход призван обеспечить обзор всех компонентов здоровья; тематический подход может, например, сосредоточиться на здоровье детей, здоровье окружающей среды или борьбе с диабетом.

Мониторинг состояния здоровья населения может также проводиться на различных уровнях – международном, национальном, региональном или местном. Субнациональные или международные сопоставления могут быть ценными компонентами отчетов о состоянии здоровья, позволяя определить (и даже обосновать) целевые значения показателей или выявить наилучшие практики. Наконец, мониторинг состояния здоровья населения может быть расширен путем включения в него таких комплексных исследований, как моделирование и прогнозирование, которые требуют интеграции множества эпидемиологических, психосоциальных, биомедицинских и других исследовательских компонентов.

Первым шагом в создании мониторинга состояния здоровья населения является выявление соответствующих компонентов здоровья населения, дефицита в состоянии здоровья и детерминант здоровья — факторов, которые приводят к улучшению или ухудшению состояния здоровья. Это требует концептуального подхода, учитывающего все элементы в целом и с перспективой на дальнейшие возможные действия и политические решения с целью улучшения здоровья населения. Четко определенная и детализированная концептуальная модель определяет общую предметную сферу (например поведенческие факторы), более подробные области (например курение) и позволяет составить точную характеристику (дефиниции) предполагаемых данных. Модель должна опираться на имеющиеся знания о взаимосвязях и причинно-следственных связях между здоровьем общества и его [здоровья] детерминантами, а также позволять проводить дальнейший анализ, включая математическое моделирование. В качестве примеров можно привести расчет комплексных показателей в области здоровья, таких как популяционные риски, годы пжизни с поправкой на инвалидность (или число потерянных лет здоровой жизни) (показатель DALY), оценочные показатели предотвратимой смертности и показатели средней продолжительности жизни. Большинство концептуальных подходов сосредоточены на негативных аспектах, таких как факторы риска, которые приводят к заболеваниям, травмам или смерти. Однако детерминанты, способствующие укреплению здоровья, и позитивные аспекты здоровья также могут быть частью этого подхода. Как правило, стратегии оказывают воздействие на здоровье населения косвенно, через одну или несколько детерминант здоровья (например образ жизни, окружающая среда) и реализуется воздействие через мероприятия по охране здоровья, профилактику или уход (см. главу 11 «Действия в отношении социальных детерминант здоровья» и главу 13 «Оценка воздействия на здоровье»).

Доклад Джона Граунта «Естественные и политические наблюдения, сделанные над бюллетенями смертности» от 1662 г. (John Graunt *Natural and Political Observations Made upon the Bills of Mortality*) является ранним примером концептуального подхода к мониторингу состояния общественного здравоохранения. В этом докладе описываются случаи заболевания и смерти среди населения Лондона с учетом широкого круга аспектов, связанных с проблемой нищеты и окружающей среды, с целью информирования лиц, принимающих решения (советника короля Англии). Доклад Лалонде «Новый взгляд на здоровье канадцев» от 1974 года (Lalonde *New Perspective on the Health of Canadians*) является более современным примером доклада о состоянии здоровья на национальном уровне, где используется широкий концептуальный подход к здоровью населения. Фактически, многие модели мониторинга общественного здравоохранения, используемые в настоящее время на региональном, национальном и международном уровнях, восходят к докладу Лалонде (Lalonde). Одним из таких примеров является модель, которая заложена в основу Доклада о состоянии здоровья населения и прогнозе на будущее в Нидерландах (рис. 3.1).

Оценка эффективности системы здравоохранения — это концепция, которая тесно связана и частично представляет собой общий мониторинг здоровья населения (Derose и Petitti, 2003 г.; Arah, Westert et al., 2006г.; Westert, van den Berg et al., 2010 г.). Главный вопрос такой оценки заключается в том, насколько успешны системы здравоохранения в достижении своих целей. К ним относятся позитивные тенденции таких аспектов, как субъективные показатели здоровья, бремя болезней и доступность медицинской помощи. В часто цитируемом Докладе ВОЗ о состоянии здравоохранения в мире за 2000 г. определены три цели для систем здравоохранения: (1) хорошее здоровье, (2) реагирование на ожидания населения и (3) справедливое финансирование. В докладе также определены четыре ключевые функции: (I) предоставление услуг, (II) обеспечение и создание ресурсов, (III) финансирование, и (IV) управление (ВОЗ, 2000 г.).

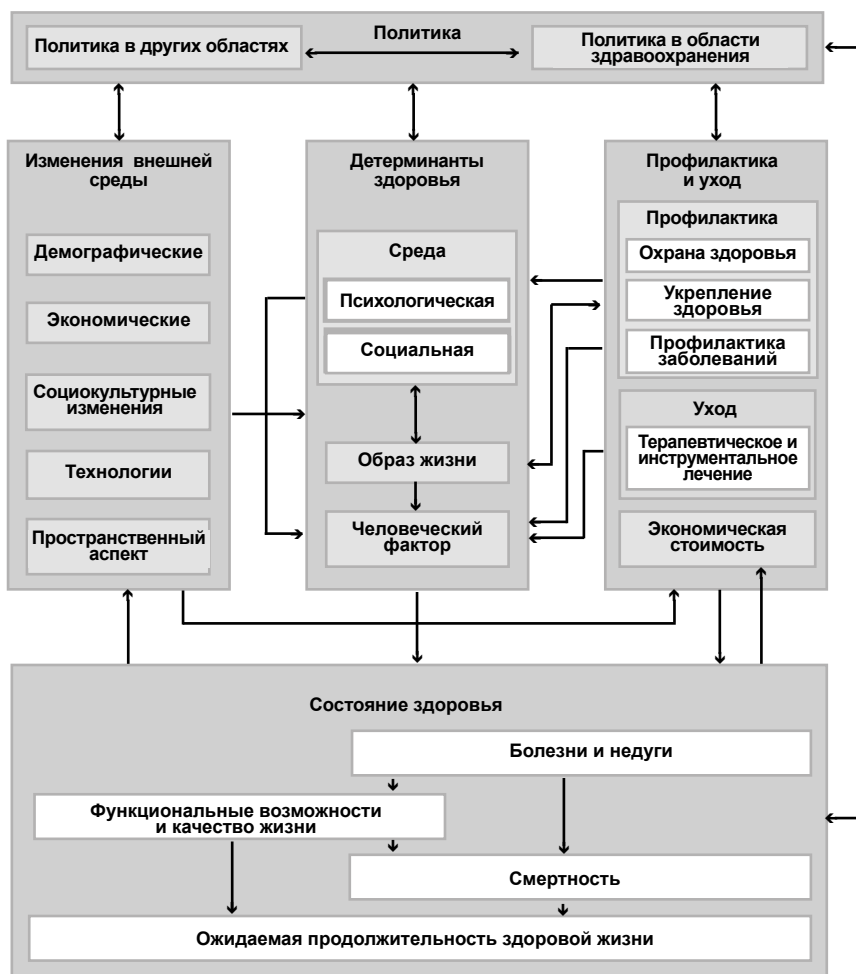


Рисунок 3.1 Концептуальная модель, составляющая основу Доклада о состоянии здоровья населения и прогнозе на будущее в Нидерландах

Источник: Hollander, Hoeymans et al., (2007)

Еще одной частично схожей концепцией является эпиднадзор за инфекционными или контагиозными заболеваниями. Данная концепция предполагает непрерывный мониторинг частоты и распределения заболеваний и случаев смерти от инфекций, передаваемых от людей, животных, через продукты питания, воду или окружающую среду, и связанных с ними факторов риска (Агентство по охране здоровья, 2011). Эпиднадзор за контагиозными заболеваниями отличается от общего мониторинга общественного здравоохранения тем, что его целями являются раннее выявление и сдерживание всплеск заболеваний. Это требует иного подхода с точки зрения сроков, анализа и коммуникации (см. главу 4 «Основы безопасности здоровья в Европе»).

Системы медико-санитарной информации в Европе

Системы медико-санитарной информации могут быть определены как инфраструктуры для мониторинга мероприятий по охране здоровья, состояния здоровья населения и политик, оказывающих значительное влияние на здоровье. Такие системы включают кадры, учреждения, законодательство, межведомственные отношения, ценности, технологии и стандарты, которые обеспечивают функционирование различных этапов формирования данных. Выделяют этапы сбора, анализа, хранения, передачи, отображения, распространения и дальнейшего использования данных и информации из различных источников. Цель систем медико-санитарной информации состоит в том, чтобы позволить всем профессиональным и простым пользователям в секторе здравоохранения и за его пределами использовать и интерпретировать данные, обмениваться информацией и преобразовывать ее в знания (Gissler, Dumitrescu et al. 2006).

Системы медико-санитарной информации в различных странах Европы значительно различаются между собой. Это объясняется главным образом различиями в историческом и культурном контекстах, в которых разрабатывались системы; различиями в политических приоритетах и различиями в имеющихся ресурсах. Степень децентрализации политических и административных структур может оказывать существенное влияние на организацию и функционирование информационных систем в области здравоохранения. Например, Бельгия является федеративным государством, в котором одни данные собираются на федеральном уровне, а другие – на региональном. Аналогичная ситуация наблюдается в Испании, где автономные регионы являются ответственными за сбор данных на своих территориях. В Соединенном Королевстве, Великобритании и Северной Ирландии наблюдается еще более сложная ситуация в организации систем. В Англии, Шотландии, Уэльсе и Северной Ирландии некоторые данные собираются с использованием различных методов; в итоге на практике данные, которые должны представлять ситуацию во всем Соединенном Королевстве, в действительности представляют ситуации исключительно в Англии. Для обеспечения слаженного функционирования национальная система медико-санитарной информации требует согласованности со всеми регионами страны и участия многих учреждений. Такая проблема разрозненного владения данными свойственна для нескольких нефедеративных государств, таких как Нидерланды (Kilpeläinen, Aromaa et al. 2008). Во вставке 3.1 приведены некоторые примеры систем медико-санитарной информации в Европе.

Данные

Создание системы непрерывного сбора данных является основной задачей при построении мониторинга здоровья населения (Chan, Kazatchkine et al. 2010).

Вставка 3.1 Особенности отдельных национальных систем медико-санитарной информации в Европе**Азербайджан: некоторые ключевые характеристики системы медико-санитарной информации**

- Отсутствует единая система медико-санитарной информации для сбора, представления и анализа данных о состоянии здоровья. Потенциально полезная информация из разных частей системы не является общедоступной.
- Значительный объем информации отсутствует вследствие недостаточного соблюдения процедур отчетности частными медицинскими организациями, находящимися вне ведения Министерства здравоохранения.
- Финансовые сдерживающие факторы препятствуют сбору данных.
- Министерство здравоохранения разработало стратегию создания комплексной системы медико-санитарной информации и предусматривает внедрение новых механизмов, которые бы стимулировали сбор данных и отчетность медицинскими организациями.

Бельгия: основные слабые стороны системы медико-санитарной информации

- Низкая международная сопоставимость (отсутствие данных подготовленных в соответствии с международными классификациями и концепциями).
- Отсутствие системы идентификации записей (пациентов) между различными существующими базами данных.
- Недостаток данных по некоторым областям, включая добровольное медицинское страхование, амбулаторное медицинское обслуживание и технологии в сфере здравоохранения.
- Низкая достоверность данных о диагнозах и лечении, особенно при наличии сопутствующих заболеваний и осложнений.

Чешская Республика: пример централизованной системы

- Институт медико-санитарной информации и статистики — структура, отвечающая за управление национальной системой медико-санитарной информации, — осуществляет сбор данных для целей политики и исследований в области здравоохранения.
- Функции системы включают сбор и обработку информации о состоянии здоровья и медицинском обслуживании; ведение национальных регистров здоровья (в общей сложности 15 регистров, включая онкологический регистр и регистр госпитализированных пациентов); а также предоставление информации для целей медицинских исследований при обязательном соблюдении законодательства о защите данных.
- Все медицинские организации (поставщики медицинских услуг) обязаны направлять ежегодные отчеты в Институт медико-санитарной информации и статистики.

Источники: Ibrahimov, Ibrahimova et al., (2010), Gerkens и Merkur (2010), Bryndova, Pavlova et al. (2009)

Для информирования лиц, принимающих решения, данные, как правило, обобщаются в виде отдельных показателей (см. подраздел «Показатели» ниже). Именно качественная презентация данных, их аналитический разбор и интерпретация создают основу и ценность медико-санитарной информации (см. следующий раздел «Отчетность о состоянии здоровья»). Для формирования полной картины состояния здоровья населения необходимо регулярное получение данных из различных источников. Основными источниками таких данных являются демографическая статистика (рождаемость, смертность, причины смерти), популяционные исследования (с использованием опросов или медицинских осмотров) и регистры. Существует множество регистров, а основные (предпоч-

тительные) источники информации в них могут отличаться в зависимости от рассматриваемой темы здравоохранения. Например, опросы о состоянии здоровья являются предпочтительным источником информации о связанных с образом жизни детерминантах здоровья, таких как курение и употребление алкоголя. Распространенность и частота возникновения заболеваний оцениваются при помощи информации, полученной из учетно-отчетной документации медицинских организаций (например учет выбывших из стационара, учет врачебных посещений в амбулаторно-поликлинических учреждениях, данные медицинских страховых организаций) или конкретных регистров болезней (например онкологических регистров), поскольку они основаны на подтвержденных диагнозах. Медицинские обследования являются предпочтительными для оценки распространенности таких состояний как, например, избыточный вес и ожирение, поскольку данные, представляемые самостоятельно, как правило, не полностью соответствуют действительности. Иногда задача требует параллельного сбора данных с использованием нескольких источников — например, для мониторинга тенденции случаев возникновения некоторых заболеваний, таких как депрессия, в Нидерландах используются данные, представленные населением, и данные из регистров (Schoemaker, Poos et al. 2013).

Несмотря на то, что демографические данные (рождаемость, смертность, причины смерти) широко доступны в Европе, все еще существуют значительные возможности для улучшения охвата и сопоставимости. Например, проведенное в 2005 г. исследование причин смерти показало, что в 12 странах Западной Европы с высоким уровнем дохода имевшиеся данные были «среднего качества» (Mathers, Fat et al. 2005). Различия между странами могут возникать из-за отсутствия систематических оценок качества данных, использования различных методов кодирования или других системных факторов – например обязательность проведения патологоанатомического вскрытия в случае неожиданной смерти.

В странах Европы, в основном в государствах-членах ЕС, существуют различные регистры в области здравоохранения, вместе с тем остаются вопросы в отношении доступности и сопоставимости данных из этих регистров. Например: регистры онкологических больных, больных диабетом, выбывших из стационаров, а также случаев травм. В отношении других тематических областей, включая использование услуг здравоохранения доступность данных значительно ниже, поскольку только некоторые страны разработали подобные информационные системы. Исключение составляют страны Северной Европы (Дания, Исландия, Норвегия, Финляндия и Швеция), в которых в 1960-х годах было создано множество популяционных регистров здоровья населения. В них используются системы идентификации электронных записей, что позволяет объединять данные из различных регистров. В то же время законодательство о защите данных во многих других европейских странах не позволяет связывать различные источники, что препятствует полному использованию регулярно собираемых данных о состоянии здоровья. В Евросоюзе Директива о защите данных 1995 г. не запрещает обработку (например объединение из различных источников) персональных данных для целей мониторинга состояния здоровья населения. Вместе с тем она оставляет значительное пространство для неоднозначного толкования отдельными государствами-членами, что привело к значительным межстрановым различиям в доступности данных (Verschuuren, Бадеян et al. 2008). В некоторых странах (например в Эстонии) обстоятельства для развития информационных систем еще более ограничивающие (Rahu и McKee 2008), и улучшение этой ситуации в лучшую сторону является необходимым условием для увеличения доступности данных на национальном и региональном

(европейском) уровнях. Проект постановления о защите данных, призванный заменить Директиву, был опубликован в январе 2012 г., но еще предстоит выяснить, будет он способствовать улучшению или ухудшению мониторинга состояния здоровья населения в Европейском союзе (Carinci, Di Iorio et al. 2011).

Регулярные репрезентативные в масштабах страны медицинские осмотры достаточно редки; исключениями являются Великобритания и Финляндия (Kiipelaäinen, Aromaa et al. 2008). Напротив, регулярные опросы о состоянии здоровья населения проводятся в большинстве государств-членов ЕС, хотя интервалы между опросами различны в разных странах, а порой и слишком длительные. При этом в некоторых странах, не являющихся членами Евросоюза, опросы проводятся через регулярные промежутки времени. К их числу относятся финансируемые Агентством США по международному развитию (USAID) демографические и медицинские исследования (DHS), а также финансируемое ЮНИСЕФ Мульти-индикаторное кластерное обследование (MICS).

В дополнение к проделанной совместной работе ВОЗ и группы национальных статистических органов разработка Европейского опросного исследования состояния здоровья (EHIS) является важным шагом в направлении гармонизации мониторинга состояния здоровья населения в государствах-членах ЕС (Bruin, Picavet et al. 1996). В соответствии с положениями Регламента о статистике Сообщества в отношении общественного здравоохранения и безопасности на рабочих местах (Регламент (ЕС) № 1338/2008) и Регламента в отношении статистических данных, полученных в рамках EHIS (Регламент Комиссии (ЕС) № 141/2013), Европейская комиссия планирует полностью завершить первый раунд EHIS к 2014 г. Усилия по проведению опросов состояния здоровья в масштабах всего ЕС продолжаются (Европейская Комиссия 2013а), но полная реализация вызовет затруднения ввиду высоких затрат, связанных с такими опросами.

Показатели

Для возможности использования данных о состоянии здоровья и медико-санитарной информации в процессе разработки политики в здравоохранении такие данные следует обобщить в виде показателей. Показатель можно представить, как краткое описание ситуации, которая предоставляет максимальную информацию в отношении интересующей области. Это означает, что показатель должен (Kramers 2005):

- нести необходимую информацию об области, представляющей интерес для стратегических (политических) действий, иногда определяемых как конкретные цели политики (например сократить процент курящих среди населения до уровня ниже 20%);
- представлять информацию наиболее эффективным способом, т. е. иметь максимально простое количественное значение, рассчитанное на основе базовых данных, с целью формирования четкого понимания ситуации (например ожидаемая продолжительность жизни как единый показатель общей смертности в разрезе возрастных групп).

Таким образом, в основе каждой системы медико-санитарной информации должен лежать комплекс тщательно отобранных, политически значимых и действенных показателей. Важно подчеркнуть, что выбор показателей должен определяться потребностями, а не существующими данными. На практике будут возникать ограничения, связанные с качеством существующих данных или отсутствием данных и ресурсов для улучшения сбора информации, однако в целях

создания долгосрочного управления медико-санитарными информационными системами необходимо учитывать расхождение между тем, что мы хотели бы знать, и тем, что нам может представить имеющаяся доступная информация. Метаданные о показателях, используемых в информационных системах здравоохранения (например обоснование выбора, точные определения, проблемы с качеством данных), и поддержание их в актуализированном состоянии имеет первостепенное значение для повышения эффективности систем медико-санитарной информации.

Перечень основных показателей здоровья в Европейском регионе (ЕЧН) (ранее Показатели здоровья Европейского сообщества) является примером набора показателей, разработанных для общего мониторинга состояния здоровья населения на международном уровне. Перечень был разработан в сотрудничестве с Европейской комиссией, Евростатом, государствами-членами ЕС, Европейским региональным бюро ВОЗ, Организацией экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) и другими международными структурами. Базируясь на четких критериях (см. вставку 3.2), был составлен всеобъемлющий краткий список из 88 основных показателей. Большинство государств-членов ЕС в настоящее время работают над включением этого краткого перечня в национальные системы медико-санитарной информации.

Одним из первых примеров использования показателей ЕЧН в качестве доказательной базы для национальной политики в области здравоохранения является нидерландский доклад *Dare to Compare!* (Смеем Сравнивать!), в котором здоровье населения оценивалось с помощью перечня показателей ЕЧН (Harbers, Van der Wilk et al. 2008). Вместе с тем следует отметить, что показатели ЕЧН были отобраны главным образом для международных сравнений, и поэтому они необязательно являются наиболее подходящими показателями для разработки национальной или субнациональной политики.

Вставка 3.2 Критерии отбора показателей для окончательного перечня ЕЧН

- Перечень должен охватывать всю сферу общественного здравоохранения в соответствии со структурой модели Лалонде (Lalonde), включая состояние здоровья, детерминанты здоровья, медицинские вмешательства и услуги здравоохранения, а также социально-экономические и демографические факторы.
- Показатели должны удовлетворять потребностям пользователей, и поэтому они должны быть связаны с основными вопросами политики в области общественного здравоохранения как на уровне ЕС, так и на уровне государств-членов.
- Существующие системы показателей (например системы ОЭСР и Европейского регионального бюро ВОЗ) должны быть максимально использованы в перечне, но также должны оставаться возможности для инновационных решений.
- В перечне должна быть учтена точка зрения официального представителя системы общественного здравоохранения в качестве отправной точки для построения системы классификации.
- В перечне следует сосредоточить внимание на серьезных проблемах в области общественного здравоохранения, включая неравенство в отношении здоровья.
- В перечне следует сфокусироваться на наибольшем потенциале эффективных политических действий.

Источник: Verschuur, Kramers et al. (2010)

Отчетность о состоянии здоровья

Отчетность о состоянии здоровья — это искусство представления результатов мониторинга состояния здоровья целевой аудитории. Как и в случае с мониторингом, охват отчетности может быть комплексным или тематическим; целевые аудитории варьируют от лиц, принимающих решения, до более широкой заинтересованной части общества. Значительно может различаться и содержательная часть отчетов: от простого перечисления чисел до комплексного анализа с широким использованием результатов исследований. Примеры тематической и обширной отчетности о состоянии общественного здравоохранения с 1990 по 2000 год были собраны в рамках проекта Оценка отчетности о состоянии здоровья (Eva PHR), спонсируемом Евросоюзом, и последующего проекта Оценка воздействия системы отчетности о состоянии здоровья на политику (PIA PHR) (PIA PHR 2013).

Различным уровням информационной пирамиды (рис. 3.2) соответствуют различные виды отчетности. Первый уровень пирамиды - это данные, основа для формирования отчетности. Однако эти данные сами по себе не имеют смысла, если они не сопровождаются контекстной информацией (например базовыми определениями и расчетами) и пояснительными примечаниями о достоверности данных. Второй уровень (уровень информации) требует качественного представления, анализа и интерпретации данных. Для достижения третьего уровня (уровня знания) необходим комплексный подход в составлении отчетности, предполагающий представление информации в перспективном стратегическом ракурсе, включая временные тенденции и социальный контекст. Связи между различными частями концептуальной модели состояния общественного здравоохранения (см. рисунок 3.1) могут быть установлены путем объединения информации из различных областей (например общественного здравоохранения, изучения организации медицинской помощи, медицинских клинических исследований, социологии). Четвертый и самый высокий уровень пирамиды (уровень мудрости) — это способность принимать обоснованные стратегические решения.

Широта охвата, ориентация на стратегические решения и комплексный подход являются важными элементами в обеспечении эффективности отчетности о состоянии здоровья. К такому же заключению пришли и по результатам реализации проекта Eva PHR, в рамках которого на основе обзора литературы и экспертного мнения был разработан набор критериев качества для отчетности



Рисунок 3.2 Информационная пирамида

о состоянии здоровья. Другими важными условиями эффективной отчетности о состоянии здоровья являются - концептуальный подход, проспективный подход и высококачественные данные. В рамках этого проекта также были определены ожидания пользователей отчетов и наилучшие подходы в создании эффективной отчетности. Было установлено, что существующая отчетность о состоянии здоровья характеризуется выраженной неоднородностью, при этом в большинстве отчетов применяется весьма широкий охват и представлены все имеющиеся данные и показатели. В то же время, лица, принимающие решения, нуждаются в проработанной и проанализированной информации о состоянии здоровья и его детерминантах, связанной с вопросами организации медицинской помощи и финансирования, ожидаемыми трендами здоровья и оценкой реализованных мероприятий (logd 2003).

В ходе исследования в Нидерландах были разработаны критерии оценки качества для ведения региональной отчетности о состоянии здоровья. К ним относятся не только критерии, определенные в рамках проекта Eva PHR, но и дополнительные критерии, связанные с циклом разработки политических решений (Von-Martens, Achterberg et al. 2012). Это подчеркивает важность учета сроков разработки политических решений при представлении отчетности о состоянии здоровья (см. главу 18 «Посредничество в распространении знаний в области общественного здравоохранения»).

Мониторинг состояния здоровья и ведение отчетности в Европе все чаще проводятся на региональном и местном уровнях. Например, все большее число региональных служб здравоохранения в Нидерландах разрабатывает и обеспечивает функционирование комплексных систем отчетности о состоянии здоровья. Они основаны на подходе, который применялся в национальном докладе о состоянии здоровья населения в Нидерландах и прогнозах (Hollander, Hooymans et al. 2007) и был признан по итогам проекта Eva PHR лучшей моделью. Еще одним примером расширенной отчетности о состоянии здоровья на региональном уровне являются обсерватории общественного здравоохранения в Соединенном Королевстве. Они предоставляют основанную на показателях, комплексную и интерактивную информацию о состоянии здоровья (Public Health England 2013).

Отчеты о состоянии здоровья традиционно выпускаются в печатных формах, таких как доклады, брошюры и краткие справки. Развитие сети Интернет привело к двум основным явлениям: (1) повышению доступности информации и (2) возможности предоставления информации динамичным и интерактивным способом. Таким образом, медико-санитарная информация, публикуемая в Интернете, теперь доступна практически каждому, кто умеет пользоваться компьютером, имеет доступ в Интернет и владеет языком, на котором эта информация опубликована. Это привело к значительному расширению потенциальной аудитории и возможностей по корректировке и адаптации информации ожиданиям различных пользователей (включая лиц, принимающих решения, экспертов в области общественного здравоохранения, студентов, средства массовой информации, широкую общественность). Расширение возможностей в получении обратной связи от большого числа пользователей может быть полезным для обеспечения полноты и актуальности информации (например через дискуссионные форумы или технологии наподобие википедии). Интернет полон вдохновляющих примеров динамических и интерактивных инструментов: к известным пакетам программного обеспечения для сбора медико-санитарной информации относятся InstantAtlas1™ (Geowise 2013), Tableau© (Tableau 2013), и Gapminder (Gapminder 2013). Современные технологии также позволяют создавать ссылки

на информацию, расположенную на различных веб-ресурсах, а также совмещать программные аналитические элементы (модули) с инструментами представления и визуализации данных, чтобы пользователи могли проводить статистический анализ в онлайн-режиме. Например, Европейское региональное бюро ВОЗ и Европейская комиссия разработали интерактивные атласы для мониторинга и оценки взаимосвязи между состоянием здоровья и различными социальными детерминантами в 280 Регионах ЕС и соседних странах (Европейское региональное бюро ВОЗ 2013а). Рисунок 3.3 представляет собой иллюстративный снимок с экрана одного из таких интернет ресурсов.

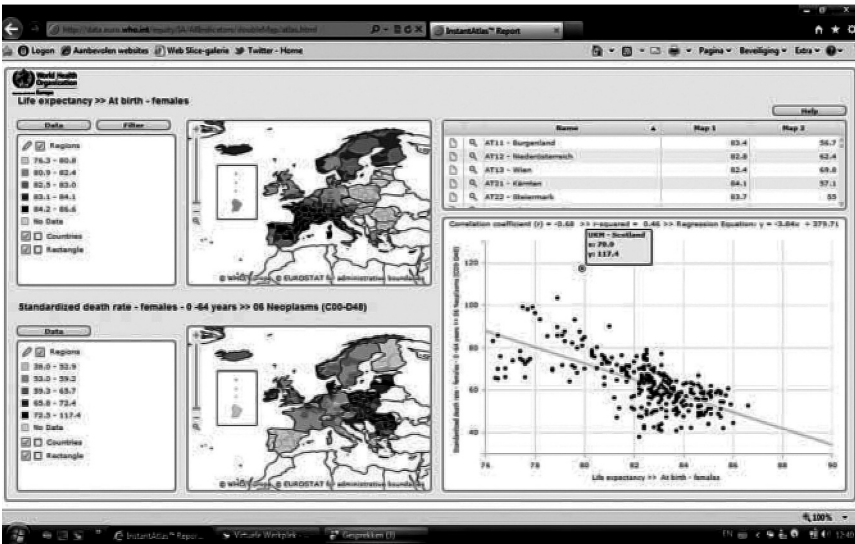


Рисунок 3.3 Иллюстративный снимок с экрана карты корреляций ВОЗ

Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ (2013а)

Прогнозирование

Временные тренды являются стандартным компонентом большинства отчетов о состоянии здоровья, но лицам, принимающим решения, часто нужна информация о прогнозах вероятности наступления событий, поэтому прогнозирование в настоящее время является специализированной отраслью анализа данных и отчетности. Мероприятия по прогнозированию являются неотъемлемой частью отчетов о состоянии здоровья, и наиболее частым примером является прогноз о численности населения. Такие демографические прогнозы могут быть использованы в качестве основы для прогнозирования будущих показателей заболеваемости и распространенности заболеваний, потребности в услугах здравоохранения или общих расходов на здравоохранение. Технически, прогнозы варьируют от простой экстраполяции тенденций (возможно, стандартизированных по возрасту) до сложного математического моделирования. Примером последнего является прогнозирование случаев заболевания сердца или развития онкологических заболеваний, а также обусловленной этим смертности с учетом изменений распространенности курения табака и потребления алкоголя, на которые, в свою очередь, оказывают влияние политические меры. Такие модели требуют включения большого количества входных данных, в том числе

относительные риски (повозрастные) и прогнозы распространенности здорового (или нездорового) поведения в будущем. Некоторые из этих переменных могут быть рассчитаны на основании данных [достоверных] эпидемиологических исследований, в то время как для других придется применять обоснованные предположения или мнения экспертов. В прогностических моделях такие факторы неопределенности часто учитываются путем изменения значений ключевых параметров, что приводит к созданию различных сценариев возможного развития событий. Также при разработке этих сценариев может быть использована и информация качественного характера.

Прогностические сценарии могут оказаться весьма полезными для создания общего видения ситуации и масштабов будущих изменений, а также дать представление о возможных вариантах политических решений. В исследовании 2010 г. была дана оценка тому, насколько существующие модели могут быть использованы в качестве стандартного инструмента для количественной оценки воздействия новых политических решений на здоровье населения. Одним из критериев оценки являлась способность создавать динамические прогнозы. В ходе исследования было установлено, что ни одна из шести исследованных типовых моделей не удовлетворяет всем предложенным критериям – они либо были технически совершенны, но недоступны, либо доступны, но чрезмерно просты (Lhachimi, Nusselder et al. 2010). Для решения этих проблем в рамках проекта Динамическое моделирование для оценки воздействия на здоровье, финансируемого ЕС, была разработана новая модель (DYNAMO-HIA 2013).

Роль и участие международных организаций в мониторинге состояния здоровья

Одна из основных функций ВОЗ заключается в развитии программы исследований и в стимулировании создания, применения на практике и распространения ценных знаний, включая данные о тенденциях и детерминантах здоровья (ВОЗ 2006, 2011). Исторически ВОЗ является ведущим международным учреждением в области гармонизации, сбора и распространения данных о здоровье. ВОЗ также оказывает поддержку странам в разработке и совершенствовании их систем мониторинга состояния здоровья. В 1980-х годах Европейское региональное бюро ВОЗ создало европейскую базу данных «Здоровье для всех» (Health for All) для поддержки мониторинга тенденций в области здоровья в соответствии со стратегией ВОЗ «Здоровье для всех». База данных, доступная для всех пользователей сети интернет и охватывающая широкий круг тем, содержит показатели широкого спектра: демографической и социально-экономической статистики; смертности, заболеваемости и инвалидности; образа жизни; факторов окружающей среды; пользования услугами здравоохранения, ресурсами и расходами; а также охраны здоровья матери и ребенка.

Европейское региональное бюро ВОЗ поддерживает несколько других баз данных общественного здравоохранения, таких как информационная система по окружающей среде и здоровью (ENHIS), Европейская база детализированных данных о смертности (DMDB), Европейская база данных о заболеваемости по данным стационаров (HMDB), база данных ЕРБ ВОЗ по питанию, ожирению и физической активности (NOPA) и централизованная информационная система по инфекционным заболеваниям (CISID) (Европейское региональное бюро ВОЗ 2013b). На глобальном уровне ВОЗ поддерживает функционирование нескольких баз данных общественного здравоохранения и информационных систем, главным образом следующие: Глобальную информационную систему «Алкоголь

и здоровье» (GISAH); Global InfoBase — хранилище данных, в котором собирается, хранится и отображается информация о хронических заболеваниях и факторах риска их развития; а также данные Глобальной обсерватории здравоохранения (ГОЗ) (ВОЗ 2013).

В соответствии со статьей 168 Лиссабонского договора о функционировании Европейского Союза 2007 г. ЕС обязан содействовать достижению высокого уровня охраны здоровья, улучшению здоровья населения, профилактике заболеваний и устранению источников опасности для здоровья (Европейский Союз 2007). Действия ЕС по охране и улучшению здоровья человека в основном принимают форму программ в области здравоохранения Европейской комиссии. В 1990-х годах Генеральный директорат по здравоохранению и защите прав потребителей (DG SANCO) приступил к реализации первых таких программ, из которых первой в списке была программа мониторинга состояния здоровья. Эта и две последующие программы в области здравоохранения финансировали многие проекты, касающиеся различных аспектов мониторинга общественного здравоохранения, включая сбор данных и разработку показателей и рекомендаций (Европейская комиссия 2013b).

Другие директораты Европейской комиссии также участвуют в деятельности, связанной с мониторингом общественного здравоохранения. Генеральный директорат по исследованиям, инновациям и науке профинансировал многочисленные соответствующие проекты (Европейская комиссия 2013c); Генеральный директорат по вопросам занятости, социальным делам и общественной интеграции профинансировал работу по показателям социальной интеграции и защиты, разработанным совместно с государствами-членами ЕС в рамках открытого подхода координации (Европейская комиссия 2013d). В целом Европейская комиссия профинансировала ряд краткосрочных мероприятий, но не смогла создать механизмы, необходимые для внедрения результатов проекта в практику. Это создало серьезные вопросы в отношении жизнеспособности наработок в сфере мониторинга состояния здоровья, созданных в рамках таких проектов.

В течение длительного времени правовая основа для сбора данных Европейской комиссией в области здоровья была очень ограничена, а сбор данных в области общественного здравоохранения основывался главным образом на неофициальных соглашениях. Ситуацию изменило принятие в 2008 г. Регламента о статистике Сообщества в отношении общественного здравоохранения и безопасности на рабочих местах (Регламент (ЕС) № 1338/2008). В рамках этого регламента в 2011 г. были приняты первые регламенты о применении статистических данных о причинах смерти (Регламент Комиссии (ЕС) № 328/2011) и несчастных случаях на производстве (Регламент Комиссии (ЕС) № 349/2011). Исполнительный регламент по введению в действие EHIS последовал в 2013 г. (Регламент Комиссии (ЕС) № 141/2013). Таким образом, сбор данных о состоянии здоровья в ЕС становится все более обязательным. Помимо Евростата ряд других европейских учреждений играют определенную роль в сборе медико-санитарной информации. К их числу относятся Европейский центр мониторинга наркотиков и наркомании (EMCDDA), Европейское агентство по окружающей среде (ЕЕА) и Европейский фонд улучшения условий жизни и труда.

Что касается отчетности о состоянии здоровья, то Европейская комиссия профинансировала проект по разработке пилотной веб-системы гибкой отчетности и мониторинга состояния здоровья в странах Евросоюза — EUPHIX (Achterberg, Kramer et al. 2008). Однако по техническим причинам и по причинам, связанным с ресурсным обеспечением, пилотная система не получила должной долговременной поддержки. В 2011 г. Европейская комиссия запустила проект HEIDI (Здоровье

в Европе: информационный ресурс (Health in Europe: Information and Data Interface), основанный на принципе википедии, соавторами которого являются известные эксперты в области общественного здравоохранения, (Европейская комиссия 2012). Однако веб-сайт HEIDI был закрыт в 2013 г. после решения DG SANCO реорганизовать все свои сайты, связанные с общественным здравоохранением.

Миссия ОЭСР заключается в продвижении политики, которая позволит улучшить экономическое и социальное благосостояние людей во всем мире; в основе такой работы лежат сбор и анализ данных. Данные ОЭСР о состоянии здоровья были разработаны с целью сопоставления систем здравоохранения в 34 странах ОЭСР и в настоящий момент используются для подготовки регулярной отчетности о состоянии здоровья в форме регулярного доклада «Взгляд на здравоохранение» (Health at a Glance). Эти показатели сосредоточены главным образом на деятельности систем здравоохранения и расходах на здравоохранение, отражая ключевые показатели состояния здоровья, детерминанты здоровья, мероприятия в области здравоохранения и расходов на здравоохранение, а также анализ элементов системы здравоохранения, таких как доступность медицинской помощи и ее качество (OECD 2011a).

Гармонизация данных между основными международными организациями, участвующими в мониторинге состояния здоровья, получила свое развитие благодаря стратегическому сотрудничеству между Европейской комиссией, ВОЗ и ОЭСР. Эти данные включают статистическую информацию о расходах на здравоохранение, основанную, в частности, на прежней работе ОЭСР и в настоящее время заложенную в общую систему счетов здравоохранения (OECD 2011b). В более широком географическом контексте, в Европейском регионе ВОЗ, в настоящее время ведется совместный сбор других данных о системах здравоохранения, таких как данные о медицинских кадрах и медицинских технологиях. В сентябре 2010 г. Европейская комиссия и Европейское региональное бюро ВОЗ подписали совместную декларацию, в которой определены несколько направлений для сотрудничества, в том числе создание единой европейской системы медико-санитарной информации (вставка 3.3).

Выводы и рекомендации

У многих европейских стран имеется опыт создания (иногда продолжительный), реформирования и поддержания систем мониторинга состояния здоровья. Вместо того, чтобы изобретать велосипед, лучше поделиться опытом и сотрудничать в области новых разработок. Действительно, в недавней статье, посвященной перспективам работы ВОЗ, отмечается, что:

Государства выигрывают больше всего от [...] сотрудничества в вопросах сбора данных, обмена данными, разработки научных методов оценки, публикации оценочных данных, разработки инструментов оценки, а также в вопросах укрепления потенциала стран. (Voerma, Mathers et al. 2010)

Дальнейшая структуризация систем сбора данных, которые в настоящее время в большом количестве существуют в Европе на региональном, национальном и международном уровнях, позволит повысить эффективность и качество информации. Более согласованная и совместная Европейская медико-санитарная информационная система также поможет преодолеть существующие различия в доступности медицинских данных в Европе, где в более бедных странах зачастую имеются менее развитые системы медико-санитарной информации.

Как отмечалось ранее, определенный прогресс уже достигнут. Так, совместный сбор данных ОЭСР, Европейской комиссией и Европейским региональным бюро

Вставка 3.3 Совместная декларация Европейской комиссии и Европейского регионального бюро ВОЗ

Модернизация и интеграция информационной системы по общественному здравоохранению

Для реализации политики и принятия решений в области здравоохранения в Европе важнейшее значение имеют информация и фактические данные. Межстрановые сопоставления создают уникальный материал в дополнение к собственным усилиям стран и зарекомендовали свою высокую эффективность в определении приоритетных направлений для принятия мер в области общественного здравоохранения как на Европейском, так и на страновом уровнях. Это требует совместной работы по созданию общей базы информации и фактических данных для обеспечения эффективности нашей работы.

Для пользователей очень важно, чтобы данные о здоровье в Европе были постоянны и едины вне зависимости от источника информации. Разнящиеся данные по одному и тому же аспекту здоровья населения подрывают доверие как к Комиссии, так и к ВОЗ. Работа в партнерстве, направленная на совместный сбор и предоставление информации, также снижает нагрузку на страны и позволяет оптимально использовать ограниченные ресурсы. Поэтому мы будем укреплять наше сотрудничество по созданию единой интегрированной системы информации о здоровье в Европе. Эта работа будет опираться на существующее сотрудничество, включая расширение сфер использования совместно собранных данных, совместного анализа связанных со здоровьем проблем, а также создание и распространение знаний в поддержку политики в области здравоохранения.

Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ (2010 г.)

ВОЗ о расходах на здравоохранение в соответствии с системой национальных счетов здравоохранения избавил страны от необходимости направлять аналогичные данные трем различным международным организациям. Кроме того, это не только поможет предотвратить расхождения информации в различных международных базах данных по одной и той же теме, но и повысит их качество и сопоставимость за счет использования общих определений и методов сбора.

Несмотря на эти позитивные шаги по гармонизации данных, еще многое предстоит сделать. Одной из центральных проблем является отсутствие достаточно детальной общеевропейской стратегии и концепции в отношении медико-санитарной информации и регулярного сбора данных. Эта проблема может быть в определенной степени разрешена в рамках недавнего соглашения между Европейской комиссией и Европейским региональным бюро ВОЗ относительно более тесного сотрудничества в области информации о здравоохранении. В частности, ВОЗ могла бы играть более стратегическую роль, помогая повысить устойчивость работы, проводимой по инициативе ЕС в этой области, и координируя распространение инициатив на остальную часть Европы.

Также можно улучшить координацию отчетности о состоянии здоровья на международном уровне. За последние несколько лет был оперативно подготовлен ряд всеобъемлющих европейских докладов о мониторинге состояния здоровья; они были опубликованы, в том числе, различными генеральными директоратами Европейской Комиссии (например доклад «Состояние здоровья в Европейском союзе» (*The State of Health in the European Union 2009*); «Тенденции в состоянии здоровья в ЕС» (*Health Trends in the EU, 2010*)), Региональным бюро ВОЗ («Доклад о состоянии здравоохранения в Европе 2009 г.» (*European Health Report 2009*)) и ОЭСР («Взгляд на здравоохранение в Европе 2010» (*Health at a Glance:*

Europe 2010). Были также опубликованы и другие, более специализированные европейские доклады по вопросам здоровья, часто по схожим или даже идентичным тематикам (например хронические заболевания; старение и здоровье). Большинство этих докладов основаны на одних и тех же источниках данных (обзор см. в ScotPHO 2013), и очевидно, что более тесное сотрудничество международных организаций позволит гораздо более эффективно использовать ресурсы для отчетности о состоянии здоровья. Разработка согласованного базового набора показателей для мониторинга общественного здравоохранения на европейском уровне поможет определить минимальные стандарты отчетности о состоянии общественного здравоохранения и сократить расходы на сбор данных и информации. Если мы хотим достичь этой цели, более логично опираться на результаты работы ECHI.

Все вышеупомянутые европейские доклады о состоянии здоровья, так или иначе информативны, но они имели ограниченный успех в оказании влияния на европейскую политику в области здравоохранения, в определении и корректировке повестки дня общественного здравоохранения или изменении приоритетов в исследованиях. Практика ведения политики всегда включает в себя сочетание использования научно подтвержденных и «иррациональных» элементов принятия решений (см. главу 18 «Посредничество в распространении знаний в области общественного здравоохранения»). Зачастую это затрудняет демонстрацию связи между отчетом о мониторинге состояния здоровья и его влиянием на политику, даже когда это воздействие представляется очевидным для участников процесса. Одним из примеров доклада о состоянии здоровья, имевшим непосредственное влияние на ситуацию, является международное исследование по вопросам перинатального здоровья, которое показало неожиданно высокий уровень перинатальной смертности в Нидерландах. Полученные результаты не только повлияли на общественное и научное мнение в Нидерландах (Sheldon 2008), но и привели к целому ряду политических решений в области здравоохранения (Merkus 2008), включая введение национальной системы контроля за деятельностью перинатальной службы. Необходимо провести дополнительную работу по практике использования результатов научных исследований с целью выявления сохраняющихся барьеров между этапами проведения научных исследований, отчетности о состоянии здоровья и принятия политических решений (Goede, Putters et al. 2010).

Лица, принимающие решения, сталкиваются с многочисленными проблемами при создании и обслуживании систем медико-санитарной информации. В настоящей главе описаны технические моменты и вопросы, касающиеся содержания; вместе с тем политические и финансовые вопросы тоже имеют важное значение. В то время как меняющийся политический климат может подорвать устойчивость систем медико-санитарной информации, недостаток ресурсов может поставить под угрозу преемственность и полноту системы. Это особенно актуально в условиях нынешнего экономического кризиса. Регистры по конкретным болезням (например сахарного диабета или сердечно-сосудистых заболеваний) являются особенно дорогостоящими для поддержания их в должном состоянии, и это является основной причиной, почему их, за исключением регистра онкологических больных, так мало в европейских странах.

Еще одна проблема заключается в нахождении правильного баланса между методологической ригидностью, необходимой для формирования сопоставимых временных тенденций, и гибкостью, необходимой для учета новых проблем общественного здравоохранения и возникающих политических задач. Кроме того, порой трудно удовлетворить разные, а иногда и противоречивые запросы и ожи-

дания многочисленных пользователей медицинской информации (например правозащитных групп, международных доноров, исследователей, журналистов). Наконец, не всегда получается предоставить необходимую информацию целевой аудитории в нужное время и должным образом, особенно в свете действующих правил и положений, регулирующих обработку данных (Gissler, Dumitrescu et al. 2006).

Мониторинг состояния здоровья является необходимым условием для формирования обоснованной политики и надлежащего стратегического руководства. Несмотря на все связанные с этим трудности, странам необходимо признать важность регулярного сбора данных в области здоровья и изыскать устойчивые пути создания высококачественных систем медико-санитарной информации.

Библиография

- Achterberg, P. W., P. G. Kramers and J. A. M. van Oers (2008). "European community health monitoring: the EUPHIX model." *Scandinavian Journal of Public Health* 36(7): 676-684.
- Arah, O. A., G. P. Westert, J. Hurst and N. S. Klazinga (2006). "A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project." *International Journal for Quality in Health Care* 18(Suppl. 1): 5-13.
- Boerma, J. T., C. Mathers and C. Abou-Zahr (2010). "WHO and global health monitoring: the way forward." *PloS Medicine* 7(11): e1000373.
- Bon-Martens, M. J. H. van, P. W. Achterberg, L. A. M. van de Goor and J. A. M. van Oers (2012). "Towards quality criteria for regional public health reporting: concept mapping with Dutch experts." *Scandinavian Journal of Public Health* 22(3): 337-342.
- Bruin, A. de, H. S. Picavet and A. Nossikov (1996). "Health interview surveys: towards international harmonization of methods and instruments." WHO Regional Publications, European Series, 58(i-xiii): 1-161. [<http://www.euro.who.int/ru/publications/abstracts/health-interview-surveys.-towards-international-harmonization>, по состоянию на 9 июня 2018 г.]
- Bryndova, L., K. Pavlova, T. Roubal, M. Rokosova and M. Gaskins (2009). "Czech Republic: health system review." *Health Systems in Transition*, 11(1): 1-122.
- Carinci, F., C.T. Di Iorio, W. Ricciardi, N. Klazinga and M. Verschuuren (2011). "Revision of the European Data Protection Directive: opportunity or threat for public health monitoring?" *European Journal of Public Health* 21(6): 684-685.
- Chan, M., M. Kazatchkine, J. Lob-Levyt, T. Obaid, M. Sidibe, A. Veneman and T. Yamada (2010). "Meeting the demand for results and accountability: a call for action on health data from eight global health agencies." *PLoS Medicine* 7(1): e1000223.
- Commission Regulation (EU) No. 328/2011 of 5 April 2011 implementing Regulation (EC) No. 1338/2008 of the European Parliament and of the Council on Community statistics on public health and health and safety at work, as regards statistics on causes of death. Official Journal of the European Union L 90/22.
- Commission Regulation (EU) No. 349/2011 of 11 April 2011 implementing Regulation (EC) No. 1338/2008 of the European Parliament and of the Council on Community statistics on public health and health and safety at work, as regards statistics on accidents at work. Official Journal of the European Union L 97/3.
- Commission Regulation (EU) No. 141/2013 of 19 February 2013 implementing Regulation (EC) No. 1338/2008 of the European Parliament and of the Council on Community statistics on public health and health and safety at work, as regards statistics based on the European Health Interview Survey (EHIS). Official Journal of the European Union L 47/20.
- Derose, S. F. and D. B. Petitti (2003). "Measuring quality of care and performance from a population health care perspective." *Annual Review of Public Health* 24: 363-384.
- DYNAMO-HIA Rotterdam, DYNAMO-HIA.
- European Commission (2009). *The State of Health in the European Union: Towards a healthier Europe*. EUGLOREH, EU Public Health Programme Project, Global Report on the Health Status in the European Union.

- European Commission (2010). Health Trends in the EU. Luxembourg, Directorate- General of Employment, Social Affairs and Equal Opportunities.
- European Commission (2012). Public Health: Highlights 2012. Brussels, Directorate General for Health and Consumers.
- European Commission (2013a). The European Health Examination Survey. Brussels, Directorate General for Health and Consumers.
- European Commission (2013b). Health Programme: Policy. Brussels, Directorate General for Health and Consumers [http://ec.europa.eu/health/programme/policy/index_en.htm, по состоянию на 30 июня 2018 г.].
- European Commission (2013c). Health: Public health. Brussels, Directorate General for Research and Innovation.
- European Commission (2013d). Social Protection and Social Inclusion. Brussels, Directorate General for Health and Consumers.
- European Union (2007). Treaty of Lisbon amending the Treaty on European Union and the Treaty establishing the European Community, signed at Lisbon, 13 December 2007. Official Journal of the European Union L 306/1.
- Gapminder (2013). Stockholm, Gapminder [<http://www.gapminder.org>, по состоянию на 30 июня 2018 г.].
- Geowise (2013). InstantAtlas™. Edinburgh, Geowise Ltd.
- Gerken, S. and S. Merkur (2010). "Belgium: health system review." Health Systems in Transition, 12(5): 1-266.
- Gissler, M., A. Dumitrescu and V. Addor (2006). Improving the Performance of National Health Information Systems: The 2002-2003 reform in Finland from an international perspective. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- Goede, J. de, K. Putters, T. van der Grinten and Hans A. M. van Oers (2010). "Knowledge in process? Exploring barriers between epidemiological research and local health policy development." Health Research Policy and Systems 8: 26.
- Graunt, J. (1662). Natural and Political Observations Made upon the Bills of Mortality. E. Stephan [<http://www.edstephan.org/Graunt/bills.html>, по состоянию на 30 июня 2018 г.].
- Harbers, M. M., E. A. Van der Wilk, P. G. N. Kramers, M. M. A. P. Kuunders, M. Verschuren, H. Eiliyahu and P. W. Achterberg (2008). Dare to Compare! Benchmarking Dutch health with the European Community Health Indicators (ECHI). Bilthoven, National Institute for Public Health and the Environment (RIVM Report No. 270051011).
- Health Protection Agency (2011). [<http://www.hpa.org.uk/Topics/InfectiousDiseases/InfectionsAZ/Surveillance>, по состоянию на 30 июня 2018 г.].
- Hollander, A. E. M. de, N. Hoeymans, J. M. Melse, J. A. M. van Oers and J. J. Polder, Eds. (2007). Care for Health: The 2006 Dutch public health status and forecast report. Bilthoven, National Institute for Public Health and the Environment [<http://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/270061004.pdf>, по состоянию на 30 июня 2018 г.].
- Ibrahimov, F., A. Ibrahimova, J. Kehler and E. Richardson (2010). "Azerbaijan: health system review." Health Systems in Transition, 12(3): 1-117.
- Kilpelainen, K., A. Aromaa and the ECHIM Core Group, Eds. (2008). European Health Indicators: Development and initial implementation. Final report of the ECHIM Project. Helsinki, National Public Health Institute.
- Kramers, P. G. N. (2005). Public Health Indicators for Europe: Context, selection, definition. Bilthoven, National Institute for Public Health and the Environment (RIVM Report No. 271558006).
- Lalonde, M. (1974). A New Perspective on the Health of Canadians: A working document. Ottawa, Government of Canada [<http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>, по состоянию на 30 июня 2018 г.].
- Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (logd) (2003). Evaluation of National and Regional Public Health Reports (Eva PHR). Final report to the European Commission. Bielefeld, Institute of Public Health North Rhine Westphalia.
- Lhachimi, S. K., W. J. Nusselder, H. C. Boshuizen and J. P. Mackenbach (2010). "Standard tool for quantification in health impact assessment: a review." American Journal of Preventive Medicine 38(1): 78-84.

- Mathers, C. D., D. M. Fat, M. Inoue, C. Rao and A. D. Lopez (2005). "Counting the dead and what they died from: an assessment of the global status of cause of death data." *Bulletin of the World Health Organization* 83(3): 171-177.
- Merkus, J. M. (2008). "De verloskundige zorg in Nederland opnieuw de maat genomen" ["Obstetric care in the Netherlands under assessment again"]. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde [Dutch Journal of Medicine]* 152(50): 2707-2708.
- OECD (2010). *Health at a Glance 2010: Europe*. Paris, OECD Publishing [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/health_glance_en.pdf, по состоянию на 29 сентября 2018 г.].
- OECD (2011a). *Health at a Glance 2011: OECD indicators*. Paris, OECD Publishing [<http://www.oecd.org/health/health-systems/49105858.pdf>, по состоянию на 29 сентября 2018 г.].
- OECD (2011b). *Health Policies and Data: A system of health accounts*. Paris, OECD Publishing.
- PIA PHR (2013) Dusseldorf, Policy Impact Assessment of Public Health Reporting.
- Public Health England (2013). *Network of Public Health Observatories*. London, Public Health England.
- Rahu, M. and M. McKee (2008). "Epidemiological research labelled as a violation of privacy: the case of Estonia." *International Journal of Epidemiology* 37(3): 678-682.
- Ramagen C, Ruales J (2008). *The essential public health functions as a strategy for improving overall health systems performance: trends and challenges since the public health in the Americas initiative, 2000-2007*. Washington DC, Pan American Health Organization (http://www1.paho.org/english/DPM/SHD/HR/EPHF_2000-2007.pdf, по состоянию на 30 июня 2018 г.).
- Regulation (EC) No. 1338/2008 of the European Parliament and of the Council of 16 December 2008 on Community statistics on public health and health and safety at work. *Official Journal of the European Union* L 354/70.
- Reidpath, D. D. (2005). "Population health: more than the sum of the parts?" *Journal of Epidemiology and Community Health* 59(10): 877-880.
- Schoemaker, C., M. J. J. C. Poos, J. Spijker, C. H. van Gool and B. W. Penninx (2013). *Neemt het aantal mensen met depressie toe of af? [Растет или уменьшается количество людей с депрессией?]*. Bilthoven, National Institute for Public Health and the Environment.
- ScotPHO (2013). *Overview of Key Data Sources*. Edinburgh, Scottish Public Health Observatory [<http://www.scotpho.org.uk/publications/overview-of-key-data-sources/introduction>, по состоянию на 30 июня 2018 г.].
- Sheldon, T. (2008). "Perinatal mortality in Netherlands third worst in Europe." *British Medical Journal* 337: a3118.
- Tableau© (2013). *Visual Gallery*. Seattle, Tableau Software [<https://www.tableau.com/solutions/gallery>, по состоянию на 30 июня 2018 г.].
- Verschuuren, M., G. Badeyan, J. Carnicero, M. Gissler, R. P. Asciak, L. Sakkeus, M. Stenbeck and W. Deville (2008). "The European data protection legislation and its consequences for public health monitoring: a plea for action." *European Journal of Public Health* 18(6): 550-551.
- Verschuuren, M., P. Kramers, G. Gudfinnsdottir and A. Aromaa (2010). "Providing a solid evidence base for policy makers: ECHI initiative." *EuroHealth* 16(3): 4-7.
- Westert, G. P., M. J. van den Berg, S. L. N. Zwakhals, J. D. de Jong and H. Verkleij (2010). *Dutch Health Care Performance Report 2010*. Bilthoven, National Institute for Public Health and the Environment (RIVM Report No. 260602006).
- World Health Organization (WHO) (2000). *The World Health Report 2000 - Health systems: Improving performance*. Geneva, WHO [<http://www.who.int/whr/2000/en/index.html>, по состоянию на 30 июня 2018 г.].
- World Health Organization (WHO) (2006). *Engaging for Health: Eleventh general programme of work 2006-2015*. [Работа во имя здравоохранения: Одиннадцатая Общая программа работы ВОЗ на 2006-2015 гг. Глобальная повестка дня в области здравоохранения. Резюме.] Geneva, WHO [http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/GPW_eng.pdf, по состоянию на 2 сентября 2018 г.]. [резюме доступно по ссылке <http://apps.who.int/iris/handle/10665/90878> по состоянию на 30 июня 2018 г.]

- World Health Organization (WHO) (2011). WHO Reforms for a Healthy Future. Report by the Director- General. [Реформы ВОЗ для здорового будущего. Доклад Генерального директора.] Geneva, WHO http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/2804/EBSS2_2-ru.pdf?sequence=1&isAllowed=y по состоянию на 30 июня 2018 г.].
- World Health Organization (WHO) (2013) Global Health Observatory. [Глобальная обсерватория здравоохранения.] Geneva, WHO [<http://www.who.int/gho/ru/>, по состоянию на 30 июня 2018 г.].
- World Health Organization (WHO) Regional Office for Europe (2009). The European Health Report 2009. [Доклад о состоянии здравоохранения в Европе, 2009 г. Здоровье и системы здравоохранения.] Geneva, WHO [<http://www.euro.who.int/ru/publications/abstracts/european-health-report-2009-the.-health-and-health-systems> по состоянию на 30 июня 2018 г.].
- World Health Organization (WHO) Regional Office for Europe (2010). Приложение 2. European Commission and WHO Regional Office for Europe: Joint declaration. Copenhagen, WHO [http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/121601/RC60_edoc12add1.pdf, по состоянию на 29 сентября 2018 г.].
- World Health Organization (WHO) Regional Office for Europe (2013a). What We Do: Equity in health. Interactive atlases. Copenhagen, WHO [<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/data-and-evidence/equity-in-health/interactive-atlases>, по состоянию на 30 июня 2018 г.].
- World Health Organization (WHO) Regional Office for Europe (2013b). What We Do: Data and evidence. Copenhagen, WHO [<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/data-and-evidence>, по состоянию на 10 июня 2018 г.].

глава 4

Основы безопасности здоровья в Европе

Francisco Santos-O'Connor, Jukka Pukkila, Carmen Varela Santos, Cristiana Salvi, Dennis Faix, Thomas Van Cangh, Josep Jansa, Phillip Zucs, Paolo Guglielmetti, Massimo Ciotti, Guenael Rodier

Введение

Мониторинг опасных для здоровья факторов и чрезвычайных ситуаций и обеспечение реагирования в ответ на появление угроз представляют собой одну из основных функций общественного здравоохранения (см. главу 1 Аспекты общественного здравоохранения в Европе: введение). В современном мире, где путешествия и торговля являются неотъемлемой частью жизни общества, патогены распространяются быстрее, чем когда-либо, поэтому в случае вспышки инфекционного заболевания велика вероятность быстрого вовлечения в эпидемию сразу нескольких стран. Подготовка, расследование ситуации и принятие ответных мер на вспышки опасных заболеваний и другие чрезвычайные ситуации в области общественного здравоохранения требуют слаженной и скоординированной работы национальных и международных организаций (MacLehose, Brand et al. 2001).

Процесс реагирования систем на опасные ситуации на местном, национальном и международном уровнях можно изобразить в виде цикла управления событиями (рис. 4.1). Управление событиями представляет собой повторяющийся циклический процесс, который начинается с выявления событий, за ним следуют соответствующие этапы оценки рисков, реализация контрольных мер и завершающая оценка свершившейся ситуации, предполагающая непрерывность процесса совершенствования всей системы реагирования. Организация мероприятий может поводиться на местном, национальном, региональном или международном уровнях. Независимо от уровня, на котором происходит управление событием, обеспечение коммуникационного взаимодействия — как внутреннего, так и внешнего — является ключевым компонентом. В случае, если событие носит потенциально опасный характер для общественного здравоохранения в глобальном масштабе, подключаются дополнительные механизмы извещения и реагирования в соответствии с Международными медико-санитарными правилами от 2005 г., а в рамках ЕС — реализуются действия в соответствии с Решением Европейского парламента и Совета Европейского Союза о серьезных трансграничных угрозах здоровью.

События, как правило, выявляются на основе данных эпиднадзора или оповещений. В первую очередь при выявлении события необходимо оценить риски для здравоохранения и определить необходимые меры по обеспечению контроля над ситуацией. После реализации этих мер данные непрерывного эпиднад-

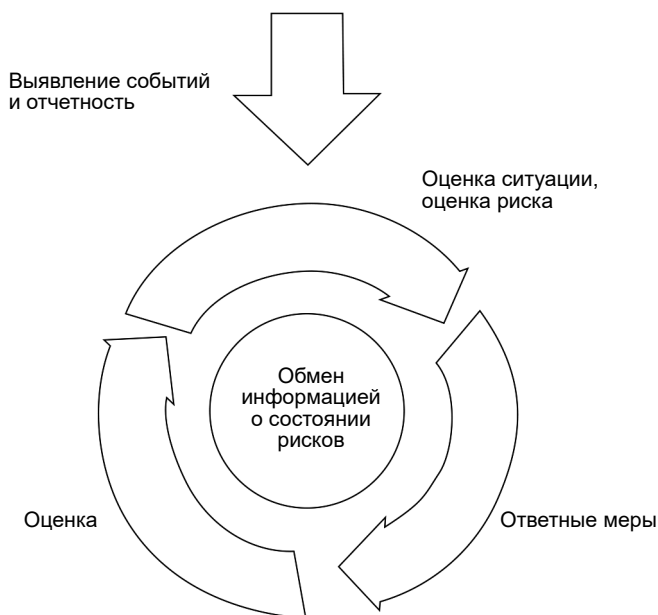


Рисунок 4.1 Цикл управления событием

Источник: Составлен автором на основе данных ВОЗ (2012b).

зора и ситуационная оценка позволят органам здравоохранения сделать вывод об эффективности предпринятых мер контроля и убедиться, что острая фаза вспышки миновала и ситуация завершилась.

В этой главе рассматривается роль международных организаций, в частности Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и Европейского союза (ЕС), в вопросах готовности национальных служб к обнаружению и принятию ответных мер на события, представляющие опасность для общественного здравоохранения. Глава начинается с рассмотрения цикла управления событиями, обзора происхождения и функций Международных медико-санитарных правил 2005 г.; далее в ней исследуется, какие основные меры надзора и ответные меры реагирования необходимы на национальном уровне, а также каким образом ВОЗ и ЕС поддерживают каждый из этапов управления событиями. В заключение в главе обсуждается участие ВОЗ и ЕС в мероприятиях по укреплению национального потенциала для борьбы с угрозами и чрезвычайными ситуациями в области общественного здравоохранения.

Международные медико-санитарные правила

На международном уровне ответные меры на события в области общественного здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ основываются на добровольном обращении страны с запросом о предоставлении помощи в адрес другой страны (в рамках двустороннего межстранового сотрудничества), региональной сети эпиднадзора, Европейского центра по профилактике и контролю заболеваний (European Centre for Disease Prevention and Control) (ECDC) или ВОЗ. Согласно Международным медико-санитарным правилам (ММСП) 2005 г. информация о возникновении в стране события, представляющего с большой долей вероятности угрозу международного масштаба для общественного здравоохра-

нения, должна быть незамедлительно представлена в ВОЗ. Аналогичным образом, если ВОЗ осведомлена о возможности развития такого события в стране, она может запросить у этой страны подтверждение данного факта.

ММСП формируют правовую основу коллективной ответственности за охрану здоровья на глобальном уровне и принятие международных ответных мер на потенциальные угрозы общественному здравоохранению, представляющие проблему мирового масштаба (ВОЗ 2005b). Правила были разработаны на основе Международных санитарных правил, принятых в 1851 г. После пересмотра ММСП 1969 г. появление новых и повторное возникновение инфекционных заболеваний, таких как чума в Индии в 1994 г. и Эбола в Заире в 1995 г., а также события общественного здравоохранения, не связанные с инфекциями, такие как ядерная катастрофа в Чернобыле в 1986 г., привели к растущему пониманию того, что ответные меры общественного здравоохранения должны охватывать все опасности, а не фокусироваться на нескольких конкретных заболеваниях. После десяти лет доработки Правил и с учетом анализа вспышки тяжелого острого респираторного синдрома (ТОРС) в 2003 г., а также угрозы пандемии, вызванной птичьим гриппом А (H5N1), пересмотренные ММСП были приняты Всемирной ассамблеей здравоохранения в 2005 г. ММСП 2005 г. вступили в силу 15 июня 2007 г. (по состоянию на июнь 2018 г.), юридически обязав к их исполнению все 193 государства-члена ВОЗ (рис. 4.2), а также Святейший Престол и Княжество Лихтенштейн.

Цель ММСП состоит в том, чтобы предотвратить международное распространение заболеваний, принять ответные меры в случае распространения, сопоставить событие с рисками для общественного здравоохранения, при этом избегая ненужного вмешательства в международное сообщение и торговлю (ВОЗ 2005b).

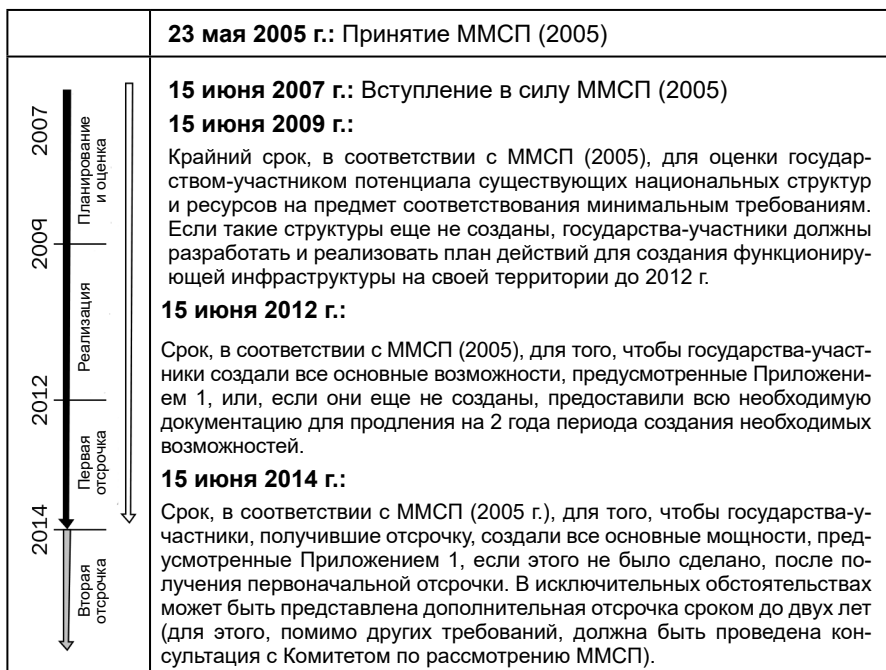


Рисунок 4.2 Сроки реализации международных медико-санитарных правил (2005).

Источник: Составлен авторами на основе данных ВОЗ (2012а).

В отличие от версии ММСП 1969 г., пересмотренные ММСП включают в себя не только список конкретных инфекционных заболеваний, но и охватывают широкий спектр рисков для общественного здравоохранения, представляющих собой потенциальные проблемы общемирового значения. Государства-участники ММСП теперь обязаны своевременно оценивать и уведомлять ВОЗ о любом событии, представляющем потенциальную угрозу для международного общественного здравоохранения, независимо от его причины (химическая, биологическая или ядерная) и происхождения (случайное или преднамеренное). Этот сдвиг парадигмы — от перечня конкретных заболеваний ко всем видам угроз здоровью общества — сопровождался двумя другими сменами парадигм: переходом от сдерживания на границах к сдерживанию в первичном очаге (источнике), а также переходом от заранее подготовленных ответных мер реагирования общественно-го здравоохранения к ответным мерам, адаптированным к конкретному событию.

Критерии оценки последствий любого конкретного события для общественного здравоохранения изложены в виде алгоритма (инструмента для принятия решений), представленного в Приложении 2 к ММСП. К ним относятся:

- необычные или неожиданные события, связанные со здоровьем;
- способность серьезно повлиять на общественное здравоохранение;
- способность распространяться через границы;
- способность повлиять на свободу передвижения (товаров или людей).

В инструменте принятия решений содержатся четкие критерии того, когда то или иное событие потенциально может представлять собой «чрезвычайную ситуацию в области общественного здравоохранения, имеющую международное значение» (ЧСОЗМЗ), которую государство-участник должно оценить в течение 24 часов и в течение следующих 24 часов уведомить о ней ВОЗ. Страны должны уведомить ВОЗ о событиях, соответствующих, по крайней мере, двум из четырех критериев, приведенных в Приложении 2, а также обо всех случаях возникновения следующих четырех заболеваний: оспа; полиомиелит, вызванный полиовирусом дикого типа; грипп человека, вызванный новым подтипом вируса, и случаи тяжелого острого респираторного синдрома (ТОРС).

После уведомления ВОЗ о событии проводится совместная оценка рисков для определения необходимости принятия ответных мер, оказания помощи или обмена информацией. В чрезвычайных ситуациях, имеющих значение для общественного здравоохранения международного уровня, Генеральный директор ВОЗ принимает решение об официальном признании события чрезвычайным событием (ЧСЗМЗ). В период с июня 2007 г. (когда пересмотренные ММСП вступили в силу) по март 2014 г. только одно событие — пандемия гриппа А (H1N1) — после первого заседания Комитета по чрезвычайным ситуациям в области ММСП было 25 апреля 2009 г. официально признано Генеральным директором ВОЗ как ЧСЗМС.

После получения неофициального отчета о событии в сфере общественного здравоохранения, последствия которого могут иметь мировое значение, ВОЗ уполномочена запросить у страны официальное подтверждение факта наступления события и информации о статусе события. ВОЗ также поручено рекомендовать и координировать меры, которые помогут предотвратить международное распространение заболеваний, а также должным образом отреагировать на него, включая проведение соответствующих мероприятий в портах, аэропортах, на сухопутных границах (так называемых «пунктах въезда») и в отношении транспортных средств, осуществляющих международные поездки. При признании Генеральным директором ВОЗ события как ЧСЗМЗ ВОЗ также

издает для государств и других сторон «Временные рекомендации» по актуальным мерам охраны здоровья, которые имеют особый правовой статус в рамках ММСП.

ММСП (2005 г.) предписывают всем государствам-участникам назначить «Национальных координаторов по вопросам ММСП» (НК ММСП), которые должны быть доступны в любое время в качестве канала связи и точки информационного взаимодействия в целях оперативного обмена необходимой информацией с ВОЗ. НК ММСП также обмениваются информацией с другими заинтересованными сторонами и секторами внутри своей страны. Задачи НК ММСП часто, но не всегда, выполняют центры Системы раннего предупреждения и реагирования (СРПР, EWRS) в странах-членах ЕС. Платформа информационных технологий СРПР (EWRS) предполагает возможность направления извещения о событиях непосредственно в ВОЗ в случае, если государство-участник желает избежать двойного информирования.

Решение ЕС в отношении серьезных трансграничных угроз здоровью

Для усиления мер защиты населения ЕС от широкого спектра угроз здоровью и обеспечения принятия скоординированных ответных мер при наступлении чрезвычайных ситуаций было принято Решение Европейского парламента и Европейского совета № 1082/2013/ЕС от 22 октября 2013 г. о серьезных трансграничных угрозах здоровью (Европейский союз, 2013 г.), отменяющее действие Решения № 2119/98/ЕС. Основываясь на уроках, извлеченных из прошлых вспышек заболеваний и кризисов в области здравоохранения, этот новый правовой документ направлен на реализацию следующих задач:

- расширение полномочий и возможностей существующего координационного механизма по инфекционным заболеваниям с целью охватить серьезные трансграничные угрозы здоровью, вызванные также и биологическими, химическими и экологическими событиями;
- усиление готовности и планирования ответных мер в случае возникновения кризисов;
- обеспечение возможности осуществления совместных процедур закупок в рамках медицинских мер реагирования, включая приобретение вакцин;
- усовершенствование существующих СРПР (EWRS) путем включения новых возможностей для коммуникации и обмена информацией об угрозах химического, экологического и неизвестного происхождения;
- выявление чрезвычайной ситуации в области общественного здравоохранения в целях обеспечения (при необходимости) поставок лекарственных средств в кратчайшие сроки;
- официальное наделение Комитета по безопасности здравоохранения (КБЗ) соответствующим мандатом и тем самым установление более тесного обмена информацией и механизмов координации между ЕС и государствами-членами ЕС.

Это решение является мощным инструментом для согласованного принятия ответных мер на возможные чрезвычайные ситуации в ЕС, выходящие за рамки вспышек инфекционных заболеваний, а также для обеспечения согласованности законодательства ЕС в сфере реагирования на чрезвычайные ситуации в области общественного здравоохранения с ММСП. В этом решении принят подход с учетом всех угроз, расширяющий существующий инструментарий (инструментарий по контролю распространения инфекционных заболеваний)

с целью охвата других биологических угроз, а также угроз химического, экологического и неизвестного происхождения. Данное решение отменило действие Решения № 2119/98/ЕС о контроле и борьбе с инфекционными заболеваниями.

Выявление событий в области общественного здравоохранения

Для получения своевременной и достоверной информации о событиях в области общественного здравоохранения, которые могут потребовать реализации скоординированных ответных мер на международном уровне, страны и международные организации (включая ВОЗ и ECDC) проводят санитарно-эпидемиологическую разведку. Paquet и его коллеги определяют санитарно-эпидемиологическую разведку как раннее выявление, верификацию, оценку и исследование потенциальных угроз для здоровья с целью разработки последующих рекомендаций в отношении контрольных мер общественного здравоохранения (Paquet, Coulombier et al. 2006).

Процесс начинается с выявления угроз для общественного здравоохранения на основании данных системы раннего предупреждения, основанной на двух основных источниках информации: «традиционной» или основанной на индикаторах системе эпиднадзора, содержащей сведения о возникновении новых заболеваний, и системе регистрации сигнальных событий, которая предполагает активный обзор «неструктурированной» информации. Несмотря на различную природу, в основе обоих компонентов лежат сходные процессы: сбор данных в одном случае и регистрация событий в другом, анализ данных и «фильтрация» событий, а также интерпретация показателей и проверка событий. Оба компонента системы санитарно-эпидемиологической разведки показаны на рисунке 4.3.

Эпиднадзор на основе индикаторов

Эпиднадзор на основе индикаторов («индикаторный» надзор, рутинный надзор) представляет собой сбор структурированных данных посредством рутинных операций, предусматривающий группировку информации для каждого заболевания или синдрома. Эпиднадзор на основе показателей представляет собой традиционный инструмент общественного здравоохранения, предназначенный для отслеживания временных тенденций распространенности заболеваний и состоя-

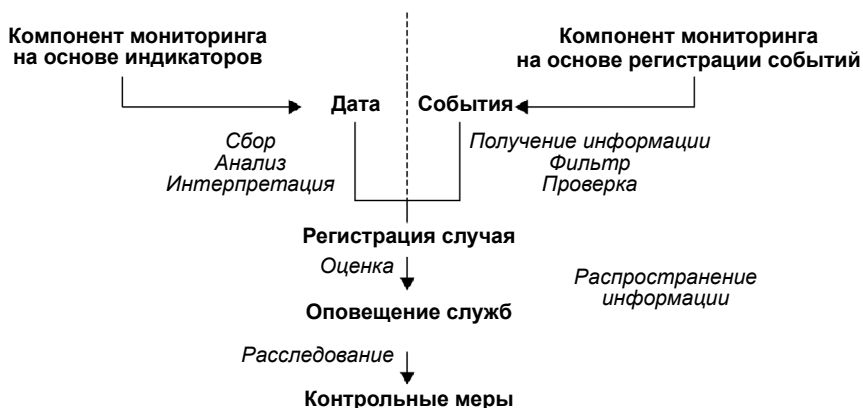


Рисунок 4.3 Схема работы санитарно-эпидемиологической разведки.

Источник: Epidemic intelligence — a new framework for strengthening disease surveillance in Europe (Paquet, Coulombier et al. 2006).

ний, и определения базовых показателей распространенности заболеваний, бремени болезней, заболеваемости и смертности (см. главу 3 «Мониторинг состояния здоровья населения»). Показатели для мониторинга могут быть основаны на клинических диагнозах, лабораторном подтверждении и других данных, включая, например, информацию о пропуске занятий в школе, вызовах скорой помощи или продаже фармацевтических препаратов. Каждое заболевание или синдром могут быть связаны с одним или несколькими показателями различной чувствительности и специфичности. Например, для отслеживания местных и национальных тенденций развития заболеваемости гриппом использовалось несколько индикаторов, в том числе процент пациентов с гриппоподобным заболеванием среди всех обратившихся амбулаторно пациентов, лабораторно подтвержденные случаи гриппа, продажи безрецептурных лекарственных средств от простудных заболеваний, выписанных рецептов на противовирусные препараты, количество прогулов в школе и поиск по определенным запросам в интернете. Поскольку некоторые из этих показателей более специфичны, а другие более чувствительны, их сочетание обеспечивает получение более точной и целостной картины.

Каждой стране необходимо иметь свой национальный перечень приоритетных заболеваний, наиболее значимых для общественного здравоохранения. В списке приоритетов должны быть указаны основные заболевания, перечисленные в ММСП (оспа, полиомиелит, вызванный полиовирусом дикого типа, новый грипп и ТОРС). Государства-члены ЕС и другие страны Европейской экономической зоны (ЕЭЗ) также должны докладывать в ECDC о любых заболеваниях из списка заболеваний ЕС. Каждому заболеванию и состоянию должно соответствовать описание случая, на котором будут основаны мероприятия надзора. Показатели эпиднадзора в сфере общественного здравоохранения в конкретной стране должны быть разработаны таким образом, чтобы дать общую эпидемиологическую картину по приоритетным заболеваниям, включая базовые значения, временные тенденции и пороговые значения для оповещения об опасности и принятия мер.

Надзор на основе индикаторов также должен включать функцию раннего оповещения в целях раннего выявления событий, имеющих значение для общественного здравоохранения, таких как вспышка заболевания из приоритетного перечня. Назначенные на национальном уровне группа или ведомство должны отвечать за регулярный (по крайней мере, еженедельный) обзор данных эпиднадзора. Временные характеристики (периодичность и оперативность) различных потоков данных могут различаться, но ответственные лица или ведомство должны своевременно представить информацию в целях обеспечения раннего предупреждения о потенциальной угрозе. Кроме того, при обнаружении отклонений значений индикаторов или превышении определенных пороговых значений система общественного здравоохранения должна принять соответствующие меры, например провести расследование вспышки заболевания на локальном (муниципальном) уровне.

Кроме раннего оповещения о потенциально опасном событии, эпиднадзор на основе индикаторов должен также обеспечивать непрерывную отчетность о развитии ситуации в адрес всех заинтересованных сторон на всех уровнях. Такая обратная связь, как правило, представляет собой эпидемиологические сводки или бюллетени, электронные обзоры или отчеты по данным надзора. Также необходимо регулярно проводить оценку работы системы эпиднадзора в отношении каждого заболевания и состояния, в том числе в случаях изменений в процессах создания и обработки данных.

В Европейском регионе ВОЗ существует множество примеров организации эпиднадзора на основе индикаторов. В течение каждого сезона гриппа Сеть по

эпиднадзору за гриппом Европейского региона ВОЗ (EuroFlu) получает еженедельные данные из национальных сетей специалистов первичного звена медико-санитарной помощи (клиницистов, эпидемиологов и вирусологов), осуществляющих систематический эпиднадзор за легкими и тяжелыми формами гриппа среди амбулаторных пациентов с гриппоподобными заболеваниями или острыми респираторными инфекциями, информацию о распространении типов и подтипов вируса, чувствительности к действию противовирусных препаратов и сочетании используемых вакцин и циркулирующих вирусов. Кроме того, на основании данных EuroFlu, ВОЗ ежегодно отбирает штаммы для создания вакцины против сезонного гриппа. Показатели для многих других инфекционных и вакциноуправляемых заболеваний собираются из всех стран-членов Европейского региона ВОЗ, анализируются и представляются в Централизованной информационной системе по инфекционным заболеваниям (ЦИСИЗ), доступной на веб-сайте Европейского регионального бюро ВОЗ (<http://data.euro.who.int/cisid/>).

Для стран ЕС/ЕЭЗ Европейская система эпиднадзора (TESSy) предоставляет единый многофункциональный инструмент для отчетности по конкретным случаям по результатам надзора за 49 инфекционными заболеваниями, включая 46 заболеваний из списка Решений ЕС № 2002/253/ЕС и № 2003/534/ЕС, а также ТОРС, Западно-нильскую лихорадку и птичий грипп (Европейская комиссия, 2002, 2003; Ammon and Faensen, 2009).

ECDC также собирает описания случаев инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, информацию о резистентности к противомикробным препаратам и об использовании противомикробных препаратов. Основой для осуществления надзора на территории ЕС служило Решение Европейского парламента и Совета ЕС № 2119/98/ЕС от 1998 г. (Европейский союз 1998), которое было отменено в 2013 г. Решением ЕС № 1082/2013/ЕС о серьезных трансграничных угрозах здоровью. Согласно его основному положению (Европейский союз, 2004 г.) с мая 2005 г. ECDC принял на себя задачу стандартизировать европейский надзор путем координации и дальнейшего развития ранее существовавших европейских сетей эпиднадзора, которые разрабатывались раздельно. В целях гармонизации процедуры дефиниции случая ЕС были согласованы между государствами-членами ЕС и Европейской комиссией (Европейская комиссия 2002 г., 2008а), и их использование, когда это применимо, является обязательным для представления отчетности в ECDC в соответствии с Решением о серьезных трансграничных угрозах здоровью.

Эпиднадзор на основе сигнальных событий

Эпиднадзор на основе сигнальных событий — это организованный и быстрый сбор информации о событиях, представляющих потенциальный риск для здоровья населения (Bohigas, Santos-O'Connor et al. 2009). Эта информация включает в себя слухи и информацию, переданные через официальные (т.е. через установленные стандартные системы отчетности) и неофициальные каналы (т.е. через СМИ, медицинских работников и доклады неправительственных организаций). Такой метод обнаружения вспышек и других актуальных событий общественного здравоохранения позволяет своевременно выявлять потенциальные угрозы для здоровья, что не всегда возможно при помощи традиционных систем надзора.

Эпиднадзор на основе сигнальных событий, реализуемый ВОЗ

Официальная информация о событиях общественного здравоохранения может поступать в ВОЗ различными путями на всех трех уровнях организации (страновые бюро, региональные бюро и штаб-квартиры). Национальный координатор

ММСП (НК ММСП) является для ВОЗ основным каналом поступления официальной информации о чрезвычайных ситуациях в области общественного здравоохранения, потенциально представляющих угрозу международного значения. Как описано выше, каждое государство-участник ММСП имеет одного НК ММСП, который представляет собой организацию с назначенным ответственным лицом. Каждое региональное бюро ВОЗ имеет контактный центр ММСП для связи с НК ММСП.

ВОЗ также получает официальную или неподтвержденную информацию о событиях в сфере общественного здравоохранения от своих страновых бюро (включая 29 страновых бюро ВОЗ в Европейском регионе ВОЗ), через технические программы, различные сети (такие как EpiSouth, EpiNorth и Европейская сеть диагностики «импортированных» вирусных заболеваний), через медицинских работников, веб-сайты министерств, национальные и субнациональные учреждения и средства массовой информации.

ВОЗ постоянно мониторирует большое количество неофициальных источников информации. На глобальном уровне этот мониторинг осуществляется штаб-квартирой ВОЗ, региональными контактными центрами ММСП и сотрудниками ВОЗ — участниками различных технических программ. Многие страновые бюро ВОЗ более или менее систематически мониторируют местные СМИ. В соответствии с внутренними процедурами Европейского регионального бюро ВОЗ все сотрудники ВОЗ обязаны как можно скорее донести до контактного центра ММСП информацию, сигнализирующую о возможной чрезвычайной ситуации в области общественного здравоохранения.

События, информация о которых поступила в ВОЗ официально либо получена ВОЗ из официальных правительственных источников (например с официальных веб-сайтов), считаются подтвержденными. В случае получения ВОЗ информации о возможной чрезвычайной ситуации международного значения в области общественного здравоохранения посредством мониторинга СМИ либо через любой другой неофициальный источник или отчеты третьих сторон, контактный центр ВОЗ по ММСП направляет в страну, в которой возникло данное событие, официальный запрос о подтверждении такой информации. ММСП требуют подтверждения или первичного ответа на подобный запрос ВОЗ в течение 24 часов. Поэтому странам необходимо поддерживать способность быстро реагировать на запросы о проверке, собирать соответствующую информацию в области общественного здравоохранения, проводить оценку риска и сообщать в ВОЗ обо всех полученных результатах в течение 24 часов. В то же время ВОЗ обязана обеспечить сотрудничество и помощь.

Эпиднадзор на основе сигнальных событий, реализуемый ECDC

ECDC также на регулярной основе осуществляет сбор информации из систем мониторинга на основе сигнальных событий и оценивает вероятность возникновения угрозы для Европейского региона (т.е. затрагивающих более одного государства-члена ЕС), обладая для этого необходимыми ресурсами и полномочиями (Bohigas, Santos-O'Connor et al. 2009). Так называемые формальные или официальные источники, такие как СРПР ЕС (EU EWRS) (см. ниже), ВОЗ посредством ММСП и веб-сайты специализированных организаций, всегда публикуют только проверенную информацию о событиях. Кроме того, государства-члены ЕС в случае появления на территории своего государства события, которое по итогам проведенной собственными органами общественного здравоохранения оценки может представлять угрозу для других стран, направляет соответствующее уведомление в систему СРПР (EWRS) (Европейская комиссия 2000, 2008b).

Однако неофициальные источники (например информация в СМИ) требуют верификации (то есть подтверждения подлинности) путем перекрестной проверки независимых источников информации или активного поиска дополнительной информации.

Систематический мониторинг различных источников информации включает подготовку документа для обсуждения на ежедневном совещании, которое проводится в ECDC каждое утро с участием экспертов по различным заболеваниям и основным функциям. После проведения этой ежедневной сессии создается новый документ, включающий основные аспекты и действия, которые необходимо предпринять в отношении выявленных угроз. Отчет с результатами проведенного совещания предоставляется Комиссии, некоторым государствам-членам, другим партнерам, например Центрам контроля и профилактики заболеваний (CDC) США, и в короткое время должен быть передан всем государствам-членам. Аналогичным образом подготавливается и распространяется еженедельный Отчет об угрозах, связанных с инфекционными заболеваниями (CDTR), содержащий сводную информацию о наиболее актуальных вопросах и угрозах, которые были рассмотрены и изучены в течение недели.

Эпиднадзор на основе сигнальных событий, реализуемый другими организациями

В мире существует ряд организаций, занимающихся непрерывным мониторингом большого количества источников информации с целью своевременного обнаружения признаков возможных чрезвычайных ситуаций и катастроф в области общественного здравоохранения. Некоторые из этих процессов полностью автоматизированы (Brownstein and Freifeld 2007, Collier, Doan et al. 2008, Linge, Steinberger et al. 2009), в то время как другие (модерируемые) предполагают обязательное участие экспертов на различных уровнях (Madoff 2004, Mykhalovskiy and Weir 2006, Wilson 2007). Помимо задач скрининга, автоматизированные системы осуществляют анализ информации различной сложности, при этом системы различаются по количеству источников, охвату различных языков и частоте проведения проверки. Для распознавания терминов, обозначающих названия заболеваний, симптомов, стран и агентств, используются ключевые слова. Редакторы модерируемых систем могут рассматривать сигналы, полученные с отдельных веб-сайтов и автоматических систем, а также других официальных и неофициальных источников.

ВОЗ и ECDC сотрудничают со многими из этих организаций и сетей, в том числе в рамках инициативы в сфере информационно-коммуникационных технологий для управления чрезвычайными ситуациями в области общественного здравоохранения (ICT4PHEM). В Европе существуют следующие организации и сети:

- Европейский монитор средств массовой информации (<http://emm.newsbrief.eu/overview.html>) Объединенного исследовательского центра Европейской комиссии;
- Глобальная система оповещения о чрезвычайных ситуациях и координации ответных мер (<http://www.gdacs.org/>) Объединенного исследовательского центра Европейской комиссии;
- Медицинская информационная система (MediSys) (<http://medusa.jrc.it/>);
- Система обучения на основе типовых сценариев (<http://puls.cs.helsinki.fi/medical/>);
- Глобальный монитор здоровья BioCaster (<http://biocaster.nii.ac.jp/>)
- Глобальная сеть санитарно-эпидемиологической разведки общественного здравоохранения (<http://www.phac-aspc.gc.ca/gphin/>);

- HealthMap (<http://www.healthmap.org/>);
- Венгерская национальная ассоциация радиовещания и информационных коммуникаций (<http://hisz.rsze.hu/alertmap/>);
- Программа мониторинга новых заболеваний (ProMED-mail, <http://www.Promedmail.org/>), включая издания на английском и русском языках.

Сортировка и регистрация сигналов о событиях общественного здравоохранения

Не все оповещения и предупреждения («сигналы»), создаваемые системами надзора на основе индикаторов и сигнальных событий, являются признаками (свидетельством) реальных событий (угроз), и не все реальные события имеют значение для общественного здравоохранения. Количество «ложноположительных сигналов» (т.е. сообщений о событиях, не получивших подтверждения как реальные, или случаев, когда пороговые значения сигнала тревоги систем надзора на основе индикаторов превышены, но вспышка не подтверждена) зависит от целей и дизайна систем надзора и организационного уровня, на котором оценивается событие (ВОЗ, 2012b).

После обнаружения и проверки событий общественного здравоохранения, потенциально представляющих проблему общеевропейского масштаба, используется дополнительная информация из имеющихся источников, чтобы описать время, место зарегистрированной вспышки, а также пострадавших людей и проанализировать величину риска для общественного здравоохранения. В ECDC и ВОЗ проводятся ежедневные заседания с целью обзора и предварительной оценки рассматриваемых событий и угроз. В этом процессе могут участвовать представители государственных органов и эксперты из государств-членов. В случае признания события или извещения о событии значимым, готовится оповещение о возможной угрозе для общественного здравоохранения и запускаются процедуры расследования случая, его контроля и коммуникационные мероприятия.

Сортировка событий осуществляется на основе таких же принципов оценки риска, который несет событие для общественного здравоохранения, какие используются для более формальной оценки риска, описанной ниже. В Европейском контактном центре ВОЗ по ММСП при сортировке сигналов о событиях общественного здравоохранения часто используется инструмент принятия решений, описанный в Приложении 2 ММСП. Действия, выполняемые Европейским контактным центром ВОЗ по ММСП, включают передачу информации в технические программы, страновые бюро и штаб-квартиры ВОЗ, наблюдение за развитием события и начало коммуникации с пострадавшей стороной. Мероприятия в области общественного здравоохранения, требующие от ВОЗ не только обмена информацией, но и других действий, регистрируются во внутренней глобальной Системе управления событиями ВОЗ, в которой собирается и хранится вся актуальная информация. В период с 2001 г. по 2013 г. было зарегистрировано около 651 события, потенциально значимых для общественного здравоохранения, все они отслеживались с использованием Системы оповещения и ответных мер Европейским региональным бюро ВОЗ (рис. 4.4). Из этих событий 92 были достаточно значительными для регистрации во внутренней глобальной системе управления событиями (СУС) ВОЗ и инициировали обсуждение ММСП между ВОЗ (Контактный центр ММСП Европейского региона) и НК ММСП в пострадавших государствах-участниках ММСП.

ECDC также имеет систему регистрации угроз для общественного здравоохранения и связанных с ними мероприятий, которые зарегистрированы в базе данных

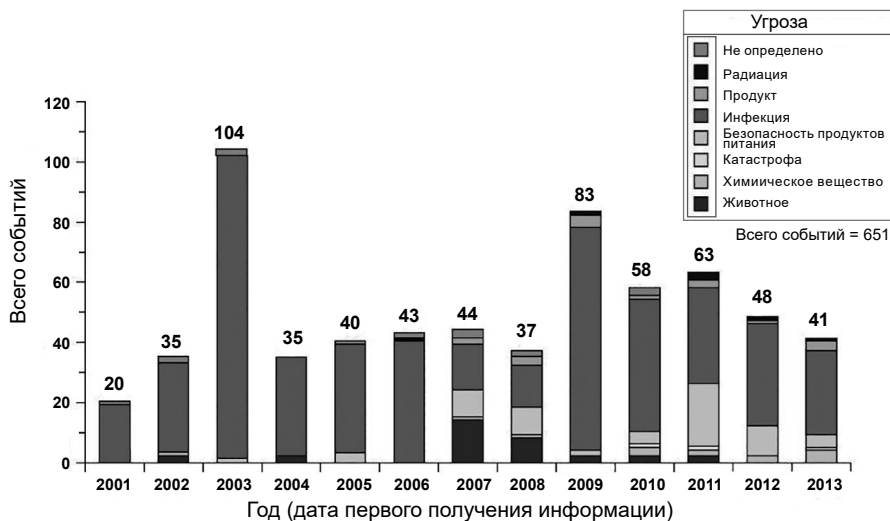


Рисунок 4.4 Мероприятия в сфере общественного здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ с 2001 по 2013 гг., классифицированные по типу угрозы (зарегистрированные в Системе управления событиями ВОЗ).

Инструмента для отслеживания угроз — ИТ-платформе, специально разработанной для отслеживания подтвержденных событий с известным или возможным риском для общественного здравоохранения. Использование данной системы облегчает обмен информацией внутри страны, а также с государствами-членами ЕС, Европейской комиссией и другими партнерами и позволяет осуществлять аудит и оценку проводимых мероприятий. Подтвержденные угрозы активно отслеживаются, а вся актуальная информация документируется до тех пор, пока угроза не будет устранена или пока не будут приняты все соответствующие меры.

Система раннего предупреждения и реагирования (СРПР, EWRS)

Система раннего предупреждения и реагирования (СРПР, EWRS), действующая с 1998 г. на основании Решения Европейского парламента и Совета ЕС № 2119/98/ЕС (Европейский союз, 1998 г.), представляет собой специализированную сеть для обмена информацией между органами общественного здравоохранения в государствах-членах ЕС, странах Европейской ассоциации свободной торговли (ЕАСТ) и Европейской экономической зоны (ЕЭЗ), а также Европейской комиссией. ВОЗ также является частью сети с момента принятия ММСП в 2005 г. Целью СРПР (EWRS) является обеспечение планирования и реализации ответных мер в отношении угроз для здоровья, связанных с инфекционными заболеваниями и имеющими отношение к более чем одному государству-члену.

Правовые положения устанавливают критерии для уведомления о вспышках и внезапных событиях, потенциально способных повлиять на ЕС, включая согласованные процедуры консультаций и координации. После уведомления через СРПР (EWRS) о вспышке болезни или событии, соответствующем критериям отчетности, Европейская комиссия запрашивает у ECDC проведение оценки ситуации, включая оценку потенциального воздействия описанного события на ЕС. Затем результаты проведенной оценки риска передают через СРПР (EWRS), и, если событие заслуживает особого внимания с точки зрения надзора и скоординированных ответных мер, Европейская комиссия призывает к проведению специаль-

ных консультаций с НК, ECDC и другими агентствами ЕС в случае необходимости межсекторальной работы. В 2002-2012 гг. частота уведомлений составляла в среднем два события в неделю, причем одно-два из каждых десяти событий требовали проведения специальной консультации в целях дальнейшей координации действий.

В случае необходимости (например в ответ на пандемию гриппа А (H1N1) 2009 г.) Европейская комиссия созывает телеконференцию СРПП (EWRS) для обеспечения координации управления рисками на уровне ЕС в тесном контакте с ECDC, ВОЗ и другими участниками процесса. Для обеспечения скоординированного подхода к решению проблемы регулярно проводятся подобные консультации с использованием телеконференций, где поднимаются вопросы оценки риска, управления и коммуникации и обновляется соответствующая информация.

В докладах Европейской комиссии Европейскому парламенту и Европейскому совету о функционировании СРПП (EWRS) содержится информация о конкретных событиях, имеющих особое значение. Кроме того, после недавних вспышек заболевания, вызванного *Escherichia coli* O104:H4, пандемического гриппа H1N1, ближневосточного респираторного синдрома, вызванного коронавирусом (БВРС-КоВ), гриппа H7N9 и полиомиелита были проведены специальные оценки и анализы. Результаты всех этих оценок доступны в Интернете.

Для надежной координации ответных мер ЕС на вспышки заболеваний оказались важны некоторые элементы. Для объединения ключевых участников процесса имеет решающее значение существование официальной сети. Оперативное уведомление о событиях через СРПП (EWRS) позволило ECDC подготовить экспресс-оценку угроз, включая оценку потенциальных рисков для ЕС. Приложение СРПП (EWRS) хорошо зарекомендовало себя и может быть адаптировано к различным потребностям в различных чрезвычайных ситуациях. В последние годы Европейская комиссия и Сеть укрепили взаимосвязь с другими секторами (например продовольственным сектором, секторами кормов и здоровья животных), разработали процедуры взаимодействия Европейской комиссии с другими учреждениями ЕС. Вступление в силу новых ММСП в 2007 г., а также пандемия гриппа в 2009 г. послужили стимулом к дальнейшей модернизации ИТ-инструмента СРПП (EWRS) и коммуникационных процедур связи.

Локальный механизм адаптируется в соответствии с новым законодательством, а также с учетом новых разработок в области информационных технологий. В статье 168 Лиссабонского договора в дополнение к функциям ЕС, связанным с инфекционными заболеваниями, и национальной политике были введены новые полномочия по борьбе с серьезными трансграничными угрозами здоровью.

В период с 1998 г. по декабрь 2005 г. органы общественного здравоохранения уведомили о 396 событиях и распространили 583 сообщения через специально разработанный информационный веб-инструмент. С апреля 2005 г. СРПП (EWRS) находится в ведении ECDC в целях оказания помощи членам сети в области оценки рисков (Guglielmetti, Coulombier et al. 2006).

Сох (Кокс) и его коллеги проанализировали активность СРПП (EWRS) по частоте возникновения событий. Распределение на временной шкале всех 917 «новых событий» (сообщений, размещенных любым участником Сети для всех участников), зарегистрированных в период с мая 2004 г. по сентябрь 2009 г. и сгруппированных по месячным интервалам, показало сезонный характер появления новых событий, при этом наибольшее количество новых случаев было зарегистрировано в июне и октябре (Сох, Guglielmetti et al. 2009). Эти авторы также описали резкое увеличение количества событий в течение нескольких месяцев 2009 г., соответствовавшее началу пандемии гриппа H1N1, а также небольшое

увеличение в течение первых шести месяцев 2006 г., соответствовавшее обнаружению птичьего гриппа А (H5N1) в Европе. Полученные результаты говорят о том, что процесс уведомления может выявлять ситуации, требующие широкой мобилизации ресурсов общественного здравоохранения.

Решение № 1082/2013/ЕС расширяет сферу охвата СРПП (EWRS), выходя за область инфекционных заболеваний, чтобы охватить все виды трансграничных угроз здоровью.

Отчетность

Каждая страна определяет собственные требования к отчетности в отношении инфекционных заболеваний, в том числе перечень требующих уведомления заболеваний, определения случая, какой вид эпиднадзора (на основании индикаторов или сигнальных событий) необходим, а также частоту предоставления отчетов. Как упоминалось выше, о некоторых заболеваниях необходимо сообщать ВОЗ или ECDC. Страны еженедельно сообщают ВОЗ о результатах надзора в отношении полиомиелита, а также ежемесячно передают данные по кори и краснухе, полученные на основе регистрации случаев. 16 государств-членов Европейского региона ВОЗ, в которых дифтерия является эндемичной, ежемесячно сообщают о случаях заболевания. Страны ЕС/ЕЭЗ ежедневно докладывают в ECDC о случаях легионеллеза, связанных с поездками, еженедельно предоставляют данные о гриппе, ежемесячно — данные о кори и краснухе, ежеквартально — данные эпиднадзора о заболеваниях, передающихся через продукты питания и воду, а также ежегодно — данные по большинству других заболеваний. Во избежание дублирования объема работы по предоставлению данных, все чаще практикуется направление сводного отчета в ECDC и Европейское региональное бюро ВОЗ (по гриппу, туберкулезу и ВИЧ/СПИДу), а также непосредственная передача информации (по кори и краснухе) из ECDC в ВОЗ. Ежегодные данные по всем подотчетным инфекционным заболеваниям из государств-членов ВОЗ собираются с использованием Совместной формы отчетности ЮНИСЕФ-ВОЗ. Однако в разных странах отличаются не только списки подотчетных заболеваний, но также и определения случаев, вследствие чего данные, собранные в рамках Совместной формы отчетности, часто не сопоставимы между странами.

Как упоминалось выше, ММСП обязывают государства-участники в течение 24 часов уведомлять ВОЗ обо всех событиях, которые могут представлять собой чрезвычайную ситуацию в области общественного здравоохранения, имеющую международное значение. Уведомления требуются в следующих случаях:

- если события вызваны биологическими (инфекционной или неинфекционной природы) агентами, химическими или радиоактивными веществами;
- если на момент уведомления причина заболевания, само заболевание или способ его передачи являются новыми, недавно открытыми или пока неизвестными;
- если события связаны с передачей или возможной передачей патогена через людей, переносчиков инфекции, грузы или товары (включая пищевые продукты) или распространением через окружающую среду;
- если события могут в дальнейшем повлиять на общественное здравоохранение и требуют немедленных действий;
- если события возникают с необычной для них частотой.

Эти потенциально подлежащие уведомлению о них события выходят за пределы области сугубо инфекционных заболеваний и включают в себя такие проблемы, как загрязненные продукты питания или другие продукты, включая фар-

мацевитические препараты, а также распространение токсичных, инфекционных материалов или других загрязнителей в окружающей среде. Помимо того, что государства-участники ММСП обязаны уведомлять ВОЗ о событиях, происходящих на их территории, они также обязаны информировать ВОЗ об угрозах общественному здравоохранению, способных привести к международному распространению заболеваний, выявляемых за пределами их территории.

Оценка риска

Оценка риска является важным этапом в управлении событиями в области общественного здравоохранения. Оценка риска, связанного с любым событием, требует больших усилий, особенно на раннем этапе возникновения события, когда информация обычно ограничена, неполна или противоречива. Если доступная информация о событии не позволяет провести надлежащую оценку, ММСП предоставляет странам возможность информировать ВОЗ о событии конфиденциально, посредством «консультаций», которые могут включать обсуждение соответствующих необходимых методов наблюдения и ответных мер и дают возможность совместно оценить риски.

Быстрая оценка (экспресс-оценка) риска — это систематический процесс, который облегчает управление рисками при внезапном возникновении события в области общественного здравоохранения и позволяет принимать обоснованные (основанные на фактических данных) решения, улучшать коммуникацию оперативных решений и информации о рисках, а также повышать готовность. Для улучшения понимания результатов быстрой оценки риска и их коммуникаций важно проводить такую оценку систематически, на основе стандартных определений степени опасности и вероятности возникновения рисков, а также четкого определения допущений (предположений) и степени достоверности таких допущений. В идеале, оценка проводится совместно с ECDC и (или) ВОЗ и пострадавшими государствами-членами. Экспресс-оценка рисков документирует, какие риски и меры контроля были рассмотрены, описывает методы, использованные для оценки, почему они считаются важными и их относительный приоритет. ВОЗ и ECDC опубликовали руководство по быстрой оценке риска, связанного с внезапными событиями в области общественного здравоохранения.

Согласно оперативному руководству ECDC по методологии быстрой оценки рисков, такая оценка является основной составляющей ответных мер общественного здравоохранения и поэтому широко используется специалистами общественного здравоохранения (ECDC 2011). Официально принятые и действующие системы оценки степени достоверности, например используемые в доказательной медицине, опираются на изучение ранее опубликованных научных данных, а также на анализе дизайна исследования и вероятности влияния потенциальных системных ошибок на результаты исследования. Однако поскольку в случаях чрезвычайных ситуаций время и степень доказательств данных ограничены, быстрая оценка риска может, по крайней мере, частично опираться на знания эксперта, поэтому описанные официальные подходы не применяются напрямую. Тем не менее аналогичные принципы прозрачности, ясности и воспроизводимости применимы и к быстрой оценке риска.

Для быстрой оценки риска большинства угроз инфекционных заболеваний единственным доступным источником информации часто являются результаты наблюдений. В случае отсутствия времени и доказательств также имеют значение знания экспертов. В таких случаях важно детально разобрать и проанализировать содержание и природу экспертного знания, провести границу между знаниями, опирающимися на результаты высококачественных исследований и

опыт, и знаниями на основе мнений. Необходимо предпринять серьезные усилия, чтобы оценить степень доказательности на основе анализа источника, дизайна и качества каждого исследования или части информации. Следует выявить неточности, четко задокументировать и обсудить их, а также актуализировать оценку с учетом новых доказательств, полученных с течением времени. На каждом этапе процесса быстрой оценки риска необходимо использовать соответствующие им методы и инструменты: этап 0 — подготовительная стадия; этап 1 — сбор информации о событиях; этап 2 — поиск литературы и систематический сбор информации об этиологическом агенте; этап 3 — составление перечня доказательств; этап 4 — проведение оценки доказательств; и этап 5 — оценка риска. Прозрачность и обмен информацией — необходимые составляющие каждого этапа. Этот документ включает пошаговое руководство для каждого этапа с примерами и контрольными списками необходимых ресурсов и доказательств. Предварительная подготовка и планирование не только экономят время, но и имеют важнейшее значение для эффективного выявления и оценки потенциальных угроз и управления ими. В идеале на местах должны иметься: протоколы и рекомендации относительно ответных мер на события, протоколы для выявления источников ключевой информации для быстрой оценки риска, стратегии поиска литературы и списки актуальных контактов, включая поименные списки экспертов.

Быстрые оценки риска потенциальных угроз, связанных с инфекционными заболеваниями, могут быть сложными и проблематичными, поскольку часто они проводятся в рамках короткого временного интервала, при этом обстоятельства могут развиваться быстро, а количество доступной информации часто ограничено. Методология быстрой оценки риска, описанная в этом документе, структурирует процесс выявления ключевой информации с использованием систематической оценки доступных на момент времени качественных научных данных и (или) знаний экспертов для того, чтобы дать точную оценку величины риска для здоровья. Это важно не только для транспарентного и систематического коммуницирования корректной информации о масштабах возможной угрозы, но и для фиксирования, документирования имеющихся на момент проведения оценки доказательств и пробелов в знаниях.

Примеры вспышек инфекционных заболеваний, затронувших Европейский регион ВОЗ

Вспышки кори

Начиная с 2002 г., когда Европейское региональное бюро ВОЗ разработало стратегический план по элиминации кори и краснухи к 2010 г., был достигнут прогресс и увеличился охват вакцинацией против кори, эпидемического паротита и краснухи (вакциной MMR). Тем не менее в Европе по-прежнему отмечаются вспышки этих заболеваний. Результаты быстрой оценки риска, проведенной ECDC в марте 2010 г., подтвердили риск дальнейшего распространения кори среди восприимчивых к заболеванию людей. По предварительным данным Европейской муниципальной сети по эпиднадзору за управляемыми инфекциями (EU-VAC.NET) по состоянию на февраль 2011 г., в государствах-членах ЕЭЗ за 2010 г. был зарегистрирован в общей сложности 28 421 случай кори. Только восемь стран ЕЭЗ сообщили об отсутствии случаев заболеваний в 2010 г. (EU-VAC.NET, 2010 г.). Эта ситуация привела к тому, что в сентябре 2010 г. Европейское региональное бюро ВОЗ установило новый контрольный срок для элиминации кори и краснухи в Европейском регионе — 2015 г. (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2010 г.).

Пандемический грипп А(Н1N1)

После подтверждения у двух детей в Калифорнии (США) наличия свиного гриппа, совпавшего с признанием увеличения в Мексике уровня смертности от гриппа, вызванного тем же штаммом, 25 апреля 2009 г. ВОЗ объявила о событии общественного здравоохранения, имеющем международное значение, которое было позже признано как начало пандемии гриппа А(Н1N1). 23 апреля 2009 г. ECDC опубликовал результаты первоначальной быстрой оценки риска ситуации (ECDC, 2009 г.). Несмотря на то, что регулярный сезон гриппа был признан завершенным, в Европейском регионе ВОЗ наблюдалось увеличение количества зарегистрированных случаев инфицирования пандемическим гриппом А(Н1N1) на 99% с 22 по 23 календарную неделю; в результате общее количество случаев заболевания составило 937 по данным на 4 июня 2009 г. 11 июня 2009 г. штаб-квартира ВОЗ в Женеве объявила об эпидемии, «первой пандемии XXI века», основываясь на географическом распространении заболевания.

Уроки, извлеченные из этого события (http://www.ecdc.europa.eu/en/healthtopics/pandemic_preparedness/pandemic_2009_evaluations/Pages/pandemic_2009_evaluationations.aspx; http://www.who.int/ihr/review_committee/en/) легли в основу разработки ЕС решения о трансграничных угрозах здоровью.

БВРС-КоВ

В июне 2012 г. в Саудовской Аравии был зарегистрирован смертельный случай респираторного заболевания у ранее здорового 60-летнего мужчины. Причина была впоследствии идентифицирована как новый коронавирус, который был назван коронавирусом ближневосточного респираторного синдрома (БВРС-КоВ). Ретроспективные исследования показали, что первые случаи заболевания имели место ранее в группе нозокомиальных инфекций в Иордании в апреле 2012 г. К 9 января 2014 г. было зарегистрировано 178 лабораторно подтвержденных случаев БВРС. Все случаи были отмечены на Ближнем Востоке или были прямо связаны с первичным инфицированием, которое произошло на Ближнем Востоке.

Обмен информацией по рискам

В соответствии с ММСП государства-члены ВОЗ берут на себя обязательство развивать и укреплять возможности в области информирования о рисках. Во время чрезвычайной ситуации обмен информацией по рискам является ключевым инструментом общественного здравоохранения для управления рисками. Эффективная коммуникационная компания в адрес населения позволит повысить его доверие к решениям руководства по контролю ситуации, снизить вероятность поведения, которое может повысить риск, и увеличить эффективность надзора (ВОЗ 2005а, 2005с).

Разработка коммуникационного плана является первым шагом на пути к созданию необходимого потенциала. Несмотря на то, что не все европейские страны располагают ресурсами для создания сложной системы обмена информацией, у всех стран есть возможности для осуществления базового планирования. Необходимо рассматривать следующие ключевые компоненты плана обмена информацией по рискам (разработан ВОЗ в 2008 г.):

- **Анализ:** каждой стране нужна «критическая масса» экспертов в области обмена информацией по рискам. Странам следует на разных уровнях проводить оценку планов по обмену информацией, обучать специалистов по обмену связанной с рисками информацией и использовать потенциал партнерских организаций. Это требует учета возникновения ситуаций, когда бывает срочно необходим дополнительный потенциал.

- **Прозрачность:** регулярное и прозрачное общение с населением снижает уровень беспокойства и повышает доверие к государственным органам. Странам следует разработать систему, включая надлежащие инструменты и каналы, для первого оповещения населения в случае обнаружения подтвержденного или предполагаемого риска, а также дальнейшего его информирования как неотъемлемой части коммуникационного плана.
- **Координация:** координация на межсекторальном и прочих уровнях имеет первостепенное значение в чрезвычайных ситуациях, равно как и координация действий с международными партнерами и другими странами. Странам следует установить механизмы координации, в том числе вопросов связанных с публикацией информации, обменом сообщениями, процедур согласования разрешений и определения официальных представителей. Необходимо определить национальных и международных партнеров по обмену информацией, а также составить и вести соответствующий перечень их представителей.
- **«Умение слушать и слышать людей»:** обмен информацией по рискам не будет эффективным без понимания того, как население воспринимает риск. Способность «прислушаться» к населению является обязательным условием для исследования того, как люди воспринимают и реагируют на риски, насколько они доверяют респондентам и какие убеждения и практики могут препятствовать использованию защитного поведения. Это позволит формулировать эффективные сообщения. Странам следует разработать систему оценки существующих важнейших характеристик (в т.ч. моделей и детерминант поведения) общества (например при помощи изучения общественного мнения), сбора информации во время чрезвычайной ситуации (например через консультативные группы сообщества, поквартирные (door-to-door) обходы, горячие линии, мониторинг средств массовой информации) и использования результатов таких исследований для принятия решений.
- **Распространение информации:** для кризиса в области здравоохранения характерны жесткие временные рамки, высокий спрос на информацию и потребность в рекомендациях по минимизации угрозы для общественного здравоохранения; все это значительно увеличивает важность быстрого и эффективного распространения информации. Связи со СМИ остаются основой такого распространения. Тем не менее крайне важно использование и других каналов коммуникации, которые распространены в обществе и пользуются его доверием, такие как социальные СМИ и социальные сети, мобильные телефоны и работники здравоохранения.
- **Оценка:** крайне важно понимать эффективность стратегий обмена информацией для выявления пробелов и их надлежащего устранения. Странам необходимо внедрить такие механизмы во время и после чрезвычайной ситуации для оценки воздействия коммуникационных вмешательств.

План обмена информацией по рискам должен описывать функции и роли, необходимые для реализации вышеперечисленных компонентов, а также необходимые мероприятия и практические результаты (продукты). Реализация мер в плане должна быть поделена на следующие этапы в соответствии со стадиями развития чрезвычайной ситуации: предсобытийный этап, начальный этап чрезвычайной ситуации, пик развития чрезвычайной ситуации и разрешение. Наконец, данный план должен быть принят на самых высоких политических уровнях страны, где будут приниматься решения об обмене информацией во время чрезвычайной ситуации.

Органы общественного здравоохранения ЕС обмениваются информацией о потенциальных угрозах, возможных кластерах событий и необычных событиях, связанных с инфекционными заболеваниями, через Информационную систему по расследованию эпидемий (EPIS) ECDC, европейскую платформу в режиме реального времени, которая представляет собой для экспертов из государств-членов ЕС ценный инструмент для обмена информацией по выявлению вспышки, проверки и оценки (Gossner 2013). Обмен отчетностью и информацией о мерах контроля осуществляется через платформу СРПП (EWRS), а органы общественного здравоохранения координируют и принимают решения о том, когда, как и кем информация о событии должна быть обнародована. Факторы, которые следует учитывать для обеспечения последовательности реализации процесса, включают оценку и прогноз общественного мнения и мнений СМИ, связанных с событием, и разработку соответствующих информационных сообщений в СМИ при непосредственном участии вовлеченного государства-участника и других заинтересованных сторон. Для этой цели может быть назначена специальная группа по обмену информацией. Она должна регулярно публиковать отчеты о ситуации, обновлять результаты экспресс-оценки рисков, которые передаются через СРПП (EWRS) и, если они достоверны, публиковать их различными способами, включая пресс-релизы, телевидение/радио и интернет.

Ответные меры

Основная ответственность за исследование и принятие ответных мер (мер реагирования) на чрезвычайные ситуации в области общественного здравоохранения лежит на органах здравоохранения и соответствующих специалистах тех сообществ (муниципалитетов), где происходят эти события. Тем не менее следует как можно раньше уведомлять региональные и национальные власти о любом событии, которое может распространиться за пределы ранее затронутых районов и потребовать управления ситуацией на более высоком уровне. Каждой стране необходимо иметь действенные механизмы обмена информацией между различными административными уровнями и секторами, а также механизмы принятия адекватных, достаточных и своевременных ответных мер. Как описано выше, в соответствии с ММСП национальные власти (особенно национальные координаторы по ММСП) несут ответственность за информирование международного сообщества через ВОЗ обо всех событиях, которые могут представлять собой чрезвычайные ситуации в области общественного здравоохранения, имеющие международное значение. Эти сообщения служат основой для запроса и предоставления международной помощи для расследования событий и ответных мер в связи с ними. Аналогичные механизмы применяются в отношении ЕС и его государств-участников в соответствии с Решением о серьезных трансграничных угрозах здоровью.

В случаях вспышек инфекционных заболеваний одновременно предпринимаются как минимум следующие действия (Gregg 2008, Neumann 2008):

- проверка наличия угрозы и четкое определение случая;
- подтверждение наличия вспышки;
- создание группы контроля вспышки, которая должна регулярно проводить совещания;
- выявление пострадавших лиц и определение их эпидемиологических характеристик;
- описание типичных случаев;
- выявление дополнительных случаев;

- определение групп населения, подверженных риску;
- исследование вспышки и формулировка гипотезы относительно ее источника и распространения;
- проверка гипотезы;
- определение мер контроля;
- сдерживание или подавление вспышки;
- ведение отдельных случаев;
- реализация мер контроля;
- установление регулярного обмена информацией, в том числе с пострадавшим населением;
- осуществление текущего санитарно-эпидемиологического надзора (также называемое активным надзором);
- подготовка отчета и оценка реализованных ответных мер.

Многие из этих шагов также предпринимаются в ответ на чрезвычайные ситуации в области общественного здравоохранения, вызванные неинфекционными агентами. Кроме того, достаточно часто на момент начала чрезвычайного события в сфере общественного здравоохранения причина, вызвавшая его, остается неизвестной.

Укрепление потенциала

Европейское региональное бюро ВОЗ разработало 10 основных оперативных функций общественного здравоохранения (ОФОЗ) в качестве руководства для укрепления служб и потенциала общественного здравоохранения в регионе (см. главу 1 Аспекты общественного здравоохранения в Европе: введение). ОФОЗ 2, Мониторинг и реагирование на опасности для здоровья и при чрезвычайных ситуациях в области здравоохранения, прямо указывает на развитие основных возможностей в рамках ММСП.

ММСП определяют для всех государств-участников основные требования к потенциалу общественного здравоохранения в отношении надзора за заболеваниями, их обнаружения, оценки и ответных мер на всех уровнях, а также в отношении обозначенных международных пунктов въезда. Эти требования направлены на обеспечение возможности всех государств-участников выполнять свои обязательства по ММСП, чтобы они могли предотвратить события общественного здравоохранения или обеспечить полный контроль на локальном уровне (у источника), не дожидаясь распространения на национальном или международном уровне.

На муниципальном уровне необходимо наличие возможностей для реализации следующих мероприятий:

- выявление повышенной частоты событий, связанных с заболеванием или смертью;
- немедленная передача всей необходимой информации на соответствующий уровень системы здравоохранения;
- немедленная реализация предварительных мер по обеспечению контроля ситуации.

На промежуточном уровне необходимо обеспечить реализацию следующих функций:

- подтвердить статус анонсированных событий и поддержать или реализовать дополнительные меры контроля;
- незамедлительно оценить анонсированные события и, если они окажутся срочными, передать всю необходимую информацию на национальный уровень.

На национальном уровне необходимо обеспечить возможность оценки всех отчетов о срочных событиях в течение 48 часов и незамедлительного уведомления ВОЗ, если результат оценки указывает на необходимость уведомления ВОЗ в соответствии с ММСП. Организации национального уровня должны быть в состоянии быстро определить меры контроля, необходимые для предотвращения внутреннего и международного распространения, а также оказать поддержку через специалистов, выполнить лабораторный анализ проб, оказать материально-техническую поддержку и помощь на местах для проведения дополнительных местных исследований. Они также должны быть способны обеспечить прямую оперативную связь со старшими должностными лицами органов здравоохранения и другими должностными лицами, а также обеспечить прямую связь с другими соответствующими министерствами для быстрого утверждения и реализации необходимых мер по сдерживанию и контролю. Кроме того, вовлечение национального уровня необходимо для организации связей с больницами, клиниками, аэропортами, портами, наземными переходами, лабораториями и другими ключевыми площадками для распространения информации и рекомендаций, полученных от ВОЗ.

Наконец, государства-участники обязаны обеспечить соответствие законодательства задач реализации и соблюдения ММСП национальными органами общественного здравоохранения. Они также должны иметь возможность разрабатывать, реализовывать и поддерживать национальный план ответных мер на чрезвычайные ситуации в области общественного здравоохранения, включая создание междисциплинарных и межсекторальных групп для реализации ответных мер. В соответствии с Решением о серьезных трансграничных угрозах здоровью ЕС к государствам-членам ЕС применяются дополнительные требования по обмену информацией для дальнейшей координации их усилий по планированию готовности и ответных мер. Они направлены на расширение обмена передовым опытом, единообразное выполнение требований в отношении основных возможностей и согласованность процессов планирования готовности на национальном уровне.

ECDC, Европейская комиссия, государства-члены ЕС и государства-члены ВОЗ, а также сама ВОЗ участвуют в большом количестве мероприятий по укреплению потенциала общественного здравоохранения в Европе в целях содействия своевременному выявлению, эффективному и скорректированному надзору за заболеваниями, адекватной оценке и принятию эффективных ответных мер на ожидаемые и неожиданные угрозы для здоровья посредством научных исследований и руководства, технической помощи и обучения.

ВОЗ разработала глобальные и региональные инструменты оценки, внедрения и мониторинга основных возможностей ММСП. Веб-сайт ММСП (<http://www.who.int/ihr>) обеспечивает доступ как к общим публикациям и руководствам, так и к конкретным инструментам оценки и мониторинга. К ним относятся детализированные (углубленные) оценочные протоколы, специализированные инструменты оценки (например точек въезда, потенциала лабораторий, обмена информацией по рискам и законодательства), контрольные списки мониторинга, опросники для государств-участников и другие рекомендации.

В течение двух лет с 2010 г. по 2011 г. Европейское региональное бюро ВОЗ мобилизовало полевые миссии по девяти событиям общественного здравоохранения (шесть событий в области инфекционных заболеваний, два случая гражданских конфликтов, которые привели к притоку беженцев, и один случай выброса химических веществ). В течение этого периода Европейское региональное бюро ВОЗ зарегистрировало и оценило 122 события общественного здравоохранения, которые были признаны значимыми, в то время как сотни

других событий не потребовали (после детального их изучения) дальнейшего взаимодействия с вовлеченными государствами-членами.

Организация полевых миссий ВОЗ осуществляется в соответствии с внутренними стандартами новой рамочной программы ВОЗ по ответным мерам на чрезвычайные ситуации (ERF). Согласно этим стандартам, в случае наступления чрезвычайных ситуаций в области общественного здравоохранения, команда ВОЗ должна в течение 24 часов прибыть в страну, которая запросила помощь, и где помощь действительно нужна, при условии, что в стране уже есть подразделение ВОЗ. Срок прибытия международной группы реагирования составляет 72 часа.

Примеры мероприятий, направленных на укрепление потенциала в ЕС

Создание и укрепление потенциала общественного здравоохранения является ключевой стратегией обеспечения ответных мер на чрезвычайные ситуации в области общественного здравоохранения. Например, при пандемии гриппа 2009 г. конкретные планы по обеспечению готовности были созданы на национальном уровне и на уровне ЕС (Агентство по охране здоровья 2010). 28 ноября 2005 г. Европейская комиссия приняла общий план готовности к борьбе с угрозами и чрезвычайными ситуациями, которые затрагивают или могут повлиять на общественное здравоохранение в более чем одной стране ЕС, послуживший базой, на основе которой национальные власти могут создавать свои собственные общие планы или планы под конкретные заболевания (Европейская комиссия 2005).

В соответствии со своим мандатом (Европейский союз 2004) ECDC организует курсы для высококвалифицированных специалистов общественного здравоохранения из стран-членов ЕС, стран ЕЭЗ и ЕАСТ, а также стран-кандидатов на вступление в ЕС и потенциальных стран-кандидатов. Большинство курсов касаются технических аспектов (включая обнаружение угроз для здоровья, оценку риска, расследование вспышек и обмен информацией по рискам). В одном из курсов, ориентированных на координаторов команд для расследования вспышек, основное внимание уделяется приобретению управленческих навыков. Европейская программа тренинга по вопросам практической эпидемиологии (EPIET) и Европейская программа тренинга по вопросам микробиологии в общественном здравоохранении (EUPHEM) представляют собой двухлетние программы «обучения на практике» с элементом обмена, которые способствуют укреплению потенциала в Европе.

Европейская комиссия, ECDC и ВОЗ, работая совместно с национальными органами власти, другими учреждениями и международными организациями, также регулярно организуют симуляционные (модельные) упражнения для проверки эффективности национальных планов готовности и планов готовности ЕС и обеспечения их взаимодействия. Опыт показал необходимость более тесного межсекторального сотрудничества, поэтому в вопросах обеспечения готовности общественного здравоохранения все чаще появляются примеры мультидисциплинарных групп и партнерских отношений не только через вышеупомянутые сети надзора за конкретными заболеваниями, но и через другие сообщества: сети общественного здравоохранения, не связанные с конкретными заболеваниями (например, EUVAC.NET (Glismann, Ronne et al. 2001), сети, не связанные с общественным здравоохранением (включая вирусологические, такие как ENIVD (Niedrig, Donoso-Mantke et al. 2007); энтомологические, такие как VBORNET (VBORNET 2009) и врачей, специализирующихся на медицине путешествий, например, EUROTRAVNET (Schlagenhauf, Santos-O'Connor et al. 2010).

Хорошим примером дополнительной ценности мероприятий по обеспечению готовности на уровне ЕС является реакция общественного здравоохранения на

вспышки в ходе массовых мероприятий, наблюдавшиеся, например, при вспышке кори в Австрии и Швейцарии во время Чемпионата Европы по футболу 2008 г. (Kreidl, Vuxbaum et al. 2008). Перед чемпионатом ECDC опубликовал отчет об оценке риска, в котором был сделан вывод о том, что продолжающиеся вспышки кори в обеих странах могут распространиться по всему миру, поэтому тем, кто планирует посетить чемпионат, рекомендовали проведение иммунизации. В ходе чемпионата координация мероприятий по надзору и ответным мерам координировались на европейском уровне. Наблюдалось ограниченное распространение кори, но никаких случаев, связанных с этим событием, не анонсировалось.

Международная помощь в вопросах реализации ответных мер на чрезвычайные ситуации, связанные со вспышкой инфекционного заболевания

Предотвращение международного распространения инфекционных заболеваний является одной из основных обязанностей ВОЗ, изложенной в Статье 21(а) ее конституции, с момента ее основания в 1948 г. ВОЗ предлагает пострадавшим государствам-членам помощь в виде технических консультаций, поставок необходимых средств и, в ряде случаев, в виде скоординированных международных расследований или ответных мер. Вступление в силу пересмотренных ММСП 15 июня 2007 г. дополнительно расширило мандат ВОЗ в отношении оказания помощи государствам-членам ВОЗ при реализации ими ответных мер. Для оказания помощи ВОЗ использует ресурсы большого числа партнерских организаций и сетей. Так называемые Сотрудничающие центры ВОЗ существуют с 1948 г. По состоянию на 2012 г. в их число входило более 800 признанных на высоком уровне академических и научных организаций из более чем 80 стран, оказывающих ВОЗ финансовую, кадровую и техническую поддержку. Многие из этих учреждений располагают ресурсами, которые могут быть мобилизованы для поддержки расследований и принятия ответных мер на все виды чрезвычайных ситуаций в области общественного здравоохранения.

В апреле 2000 г. была создана Глобальная сеть предупреждения о вспышках болезней и ответных действий (GOARN). GOARN представляет собой технический конгломерат существующих учреждений и сетей, объединяющий людские и технические ресурсы с целью быстрого выявления и подтверждения имеющих международное значение вспышек и принятия ответных мер. Со временем GOARN расширилась и включает теперь более 300 партнерских организаций. В ходе независимой оценки GOARN было проанализировано 75 зарегистрированных полевых миссий в период с июня 2000 г. по март 2009 г. Всего в этих миссиях приняли участие 125 партнеров GOARN, в том числе 48 учреждений (38%) из Европейского региона ВОЗ. Из 75 проанализированных полевых миссий в Европейском регионе ВОЗ было проведено 7 (9%), 5 из которых проводились в 2006 г. в ответ на вспышки птичьего гриппа. 75 миссий сильно различались по продолжительности и количеству задействованных сотрудников (в рамках каждой миссии работало от 2 до 114 специалистов).

Для управления вспышками, связанными с инфекциями, передающимися через продукты питания, существует еще один ценный ресурс — Международная сеть органов по безопасности пищевых продуктов (ИНФОСАН). ИНФОСАН является совместной инициативой ВОЗ и Продовольственной и сельскохозяйственной организации ООН (ФАО). Это глобальная сеть, включающая на сегодняшний день 177 государств-членов. Каждое государство назначает национального координатора ИНФОСАН для обеспечения взаимодействия между национальными органами по безопасности пищевых продуктов и секретариатом ИНФОСАН по

вопросам экстренных ситуаций. При оказании помощи в реализации ответных мер странам, которые запросили помощь в связи с чрезвычайными ситуациями, связанными с безопасностью пищевых продуктов, ИНФОСАН сотрудничает с GOARN. Она также сотрудничает с Глобальной системой раннего оповещения о серьезных заболеваниях животных, включая зоонозы (ГСРО/GLEWS), чтобы обеспечить непрерывное принятие ответных мер в рамках пищевой цепи.

Отчеты об инфекционных заболеваниях — будь то регулярные доклады или оперативные сообщения о необычных событиях — в основном пишут находящиеся на месте события сотрудники системы здравоохранения. Поэтому от поступления отчетов о необычных событиях в национальные органы общественного здравоохранения зависит полнота и своевременность уведомлений. Для оказания помощи национальным органам общественного здравоохранения в странах Европы был создан инструментарий, подготовленный финансируемым Европейской комиссией проектом REACT (Реагирование на новые инфекционные болезни: оценка и развитие основных возможностей и инструментов), организованного на базе Норвежского института общественного здравоохранения. Инструментарий предлагает способы увеличения эффективности передачи информации о событиях в области общественного здравоохранения врачами и сотрудниками лабораторий в органы общественного здравоохранения первого уровня, а затем последующей передаче в национальный орган общественного здравоохранения (Норвежский институт общественного здравоохранения 2011). На уровне ЕС Европейская комиссия, государства-члены, третьи страны и международные организации могут запросить у ECDC экспертную помощь или мобилизацию и координацию групп для расследования вспышек инфекционных заболеваний (Европейский союз 2004).

Международная помощь в реализации ответных мер на чрезвычайные ситуации, связанные с выбросом опасных химических веществ

Выброс химических веществ является частым явлением при технологических катастрофах, стихийных бедствиях, конфликтах или террористических актах. По оценкам Международной федерации обществ Красного Креста и Красного Полумесяца, в мире в период с 2000 по 2009 гг. произошло почти 3200 технологических катастроф, в которых погибло около 100 000 человек и более 1,5 миллиона человек пострадали (Международная федерация обществ Красного Креста и Красного Полумесяца 2010). В рамках Международной программы по химической безопасности ВОЗ стремится создать потенциал для быстрого выявления, оценки, проверки, оповещения и принятия ответных мер на события, связанные с выбросом химических веществ, представляющие значение для международного общественного здравоохранения в соответствии с обязательствами по ММСП. ВОЗ предоставляет рекомендации для укрепления роли общественного здравоохранения в профилактике, обеспечении готовности, выявлении, оповещении, принятия ответных мер и преодолении последствий инцидентов и чрезвычайных ситуаций, связанных с выбросами химических веществ, особенно для развивающихся стран и стран с переходной экономикой.

Международная помощь в реализации ответных мер на чрезвычайные ситуации, связанные с выбросом радиоактивных веществ

В 1987 г. была создана Сеть медицинской готовности и помощи при радиационных чрезвычайных ситуациях (REMPAN) для выполнения обязанностей ВОЗ в соответствии с Конвенцией 1986 г. о помощи в случае ядерной аварии или ради-

ационной аварийной ситуации и Конвенцией 1986 г. об оперативном оповещении о ядерной аварии. В настоящее время REMPAN включает в себя 40 медицинских и научно-исследовательских учреждений, специализирующихся на диагностике, мониторинге, дозиметрии (измерении дозы облучения), лечении и долгосрочном наблюдении радиационных поражений, острого лучевого синдрома, внутреннего загрязнения и прочих радиопатологий. Сеть предназначена для оказания экстренной медицинской помощи и услуг общественного здравоохранения пострадавшим от избыточного воздействия радиации. Она также оказывает поддержку в вопросах долгосрочного ухода и наблюдения за пострадавшими от радиационных аварий и проводит исследования в области радиационной аварийной медицины, радиотерапии, биодозиметрии и радиационной эпидемиологии. Помощь, предоставляемая учреждениями REMPAN в случаях чрезвычайных ситуаций, связанных с выбором радиационных веществ, может включать:

- кадровые ресурсы и специалистов: в том числе в области радиационной медицины, дозиметрической службы, радиологии, гематологии и других актуальных специальностей (например специалистов ожогового отделения), а также квалифицированных медсестер и техников;
- оборудование: большинство центров хорошо оборудованы для оказания специальной медицинской помощи пострадавшим от избыточного воздействия радиации; они также располагают портативным переносным оборудованием для радиационного мониторинга;
- медицинские услуги: предоставляется помощь в диагностике, прогнозировании, лечении и медицинском наблюдении за пострадавшими от радиации лицами;
- научные услуги: экспертиза для оценки доз облучения лиц, подвергшихся избыточному воздействию радиации (большинство учреждений REMPAN имеют биодозиметрические лаборатории);
- транспортные услуги: рекомендации по вопросам перевозки пострадавших лиц;
- специализированные группы (бригады): ВОЗ может организовывать многонациональные группы для оказания медицинской помощи на месте.

В соответствии с Конвенцией об оперативном оповещении о ядерной аварии Международное агентство по атомной энергии (МАГАТЭ) является назначенной международной организацией, которую каждая страна, в случае наступления радиационной катастрофы, должна официально уведомить о произошедшем событии. ВОЗ, а также другие международные организации, уведомляются и получают соответствующую информацию через МАГАТЭ.

Заключение

В этой главе рассмотрена роль Европейского регионального бюро ВОЗ и Европейского союза (Европейской комиссии и ECDC) в вопросах управления событиями, имеющих важное значение для общественного здравоохранения в Европе. Хотя основная ответственность за расследование и принятие ответных мер на чрезвычайные ситуации в области общественного здравоохранения лежит на национальных органах здравоохранения, международные организации все чаще играют жизненно важную роль в поддержке национальных и субнациональных субъектов. Это касается, в частности, вопросов обмена информацией, сотрудничества, технической помощи, а также предоставления поддержки на всех основных этапах цикла управления событиями, включая проверку, отчетность, оценку рисков и реализацию ответных мер. Международные правовые документы (в частности, ММСП и Решение ЕС о серьезных трансграничных угрозах здоровью) предусматривают основные возможности на национальном уровне, включая системы надзора на основе индикаторов и сигнальных событий

для выявления чрезвычайных ситуаций в области общественного здравоохранения, а также системы для оценки, обмена информацией по рискам и принятию ответных мер, при этом международные агентства участвуют в различных мероприятиях по укреплению потенциала европейских стран для принятия ответных мер на чрезвычайные ситуации в области общественного здравоохранения. В рамках ЕС государства-члены консультируются друг с другом и координируют свои усилия по развитию, укреплению и сохранению потенциала для мониторинга, раннего оповещения, оценки и принятия ответных мер на серьезные трансграничные угрозы здоровью. Консультация предусматривает обмен передовым опытом в области планирования готовности и принятия ответных мер. В ВОЗ и ЕС существует явная тенденция к выходу за рамки традиционной концентрации внимания на инфекционных заболеваниях — они стремятся охватить широкий круг событий, потенциально опасных для всего мира. ММСП усилили координацию готовности и принятия ответных мер на чрезвычайные ситуации в области общественного здравоохранения, имеющие международное значение, государствами-участниками, включая все государства-члены ЕС. Законодательство ЕС учитывает такие тенденции, включая комплексный подход ВОЗ «с учетом всех угроз», охватывающий все категории угроз независимо от их происхождения.

Планирование готовности и принятия ответных мер является важным элементом, обеспечивающим эффективный мониторинг, раннее оповещение и борьбу с серьезными трансграничными угрозами здоровью. Такое планирование включает надлежащую подготовку важнейших секторов общества, таких как энергетика, транспорт, связь и гражданская защита, которые в кризисной ситуации опираются на хорошо подготовленные системы общественного здравоохранения. Последние, в свою очередь, зависят от должного функционирования критически важных секторов и поддержания основных услуг на надлежащем уровне. Создание необходимых структур и возможностей на межправительственном, международном, национальном и субнациональном уровнях будет иметь решающее значение для успешного разрешения будущих чрезвычайных ситуаций в области общественного здравоохранения в Европе.

Библиография

- Ammon, A. and D. Faensen (2009). “[Surveillance of infectious diseases at the EU level].” *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 52(2): 176-182.
- Bohigas, P., F. Santos-O’Connor and D. Coulombier (2009). “Epidemic intelligence and travel-related diseases: ECDC experience and further developments.” *Clinical Microbiology and Infection* 15(8): 734-739.
- Brownstein, J. S. and C. C. Freifeld (2007). “HealthMap: the development of automated real-time internet surveillance for epidemic intelligence.” *Eurosurveillance* 12(48): art. 3322.
- Collier, N., S. Doan, A. Kawazoe, R. M. Goodwin, M. Conway, Y. Tateno, Q. H. Ngo, D. Dien, A. Kawtrakul, K. Takeuchi, M. Shigematsu and K. Taniguchi (2008). “BioCaster: detecting public health rumors with a Web-based text mining system.” *Bioinformatics* 24(24): 2940-2941.
- Cox, A., P. Guglielmetti and D. Coulombier (2009). “Assessing the impact of the 2009 H1N1 influenza pandemic on reporting of other threats through the Early Warning and Response System.” *Eurosurveillance* 14(45): art. 19397.
- European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) (2009). *Human Cases of Swine Influenza without Apparent Exposure to Pigs, United States and Mexico*. Stockholm, ECDC [
- https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/media/en/publications/Publications/090424_TER_Influenza_AH1N1_TA_Swine_influenza_US-Mexico.pdf по состоянию на 2 июля 2018 г.].

- European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) (2011). Operational Guidance on Rapid Risk Assessment Methodology. Stockholm, ECDC [https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/media/en/publications/Publications/1108_TED_Risk_Assessment_Methodology_Guidance.pdf по состоянию на 2 июля 2018 г.].
- European Commission (2000). Commission Decision of 22 December 1999 on the early warning and response system for the prevention and control of communicable diseases under Decision No. 2119/98/EC of the European Parliament and of the Council. Official Journal of the European Communities L 21/32-L 21/35.
- European Commission (2002). 2002/253/EC: Commission Decision of 19 March 2002 laying down case definitions for reporting communicable diseases to the Community network under Decision No. 2119/98/EC of the European Parliament and of the Council. Official Journal of the European Communities L 86/44-L 86/62.
- European Commission (2003). 2003/534/EC: Commission Decision of 17 July 2003 amending Decision No. 2119/98/EC of the European Parliament and of the Council and Decision 2000/96/EC as regards communicable diseases listed in those decisions and amending Decision 2002/253/EC as regards the case definitions for communicable diseases. Official Journal of the European Union L 184/135-L 184/139.
- European Commission (2005). Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions on strengthening coordination on generic preparedness planning for public health emergencies at EU level. COM (2005) 605 final [http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:52005DC0605:EN:NOT по состоянию на 2 июля 2018 г.].
- European Commission (2008a) Commission Decision (2008/426/EC) of 28 April 2008 amending Decision 2002/253/EC laying down case definitions for reporting communicable diseases to the Community network under Decision No. 2119/98/EC of the European Parliament and of the Council. Official Journal of the European Union L 159/46-L 159/90.
- European Commission (2008b). Commission Decision of 28/IV/2008 amending Decision 2000/57/EC as regards events to be reported within the early warning and response system for the prevention and control of communicable diseases. C (2008) 1574 final [http://ec.europa.eu/health/ph_threats/com/docs/1574_2008_en.pdf по состоянию на 2 июля 2018 г.].
- European Union (1998). Decision No. 2119/98/EC of the European Parliament and of the Council of 24 September 1998 setting up a network for the epidemiological surveillance and control of communicable diseases in the Community. Official Journal of the European Communities L 268/201-L 268/207.
- European Union (2004). Regulation (EC) No. 851/2004 of the European Parliament and of the Council of 21 April 2004 establishing a European Centre for Disease Prevention and Control. Official Journal of the European Union L 142/141-L 142/111.
- European Union (2013). Decision No. 1082/2013/EU of the European Parliament and of the Council of 22 October on serious cross-border threats to health and repealing Decision No. 2119/98/EC. Official Journal of the European Union L 293/1-L 293/15.
- EUVAC.NET (2010). Status of Measles Surveillance Data 2010. Copenhagen, Staten Serum Institute.
- Glismann, S., T. Ronne and A. Tozzi (2001). "The EUVAC-NET project: creation and operation of a surveillance community network for vaccine preventable infectious diseases." *Eurosurveillance* 6(6): 94-98.
- Gossner, C. M. (2013). "ECDC launches the second version of the EPIS-FWD platform." *Eurosurveillance* 18(27): art. 20517.
- Gregg, M. B. (2008). *Field Epidemiology*. Oxford, Oxford University Press.
- Guglielmetti, P., D. Coulombier, G. Thinus, F. Van Loock and S. Schreck (2006). "The early warning and response system for communicable diseases in the EU: an overview from 1999 to 2005." *Eurosurveillance* 11(12): 215-220.
- Health Protection Agency (HPA) (2010). *Assessment Report on the EU-Wide Response to Pandemic (H1N1) 2009*. London, HPA.
- Heymann, D. L., Ed. (2008). *Control of Communicable Disease Manual*, 19th edition. Washington, D.C., American Public Health Association.

- International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (2010). World Disasters Report: Focus on urban risk. Geneva, International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies.
- Kreidl, P., P. Buxbaum, F. Santos-O'Connor, L. Payne, R. Strauss, H. Hrabcik, H. C. Matter, A. Dreyfus and P. Arias (2008). "2008 European Football Championship - ECDC epidemic intelligence support." *Eurosurveillance* 13(32): art. 18946.
- Linge, J. P., R. Steinberger, T. P. Weber, R. Yangarber, E. van der Goot, D. H. Al Khudairy and N. I. Stilianakis (2009). "Internet surveillance systems for early alerting of health threats." *Eurosurveillance* 14(13): art. 19162.
- MacLehose, L., H. Brand, I. Camaroni, N. Fulop, O. N. Gill, R. Reintjes, O. Schaefer, M. McKee and J. Weinberg (2001). "Communicable disease outbreaks involving more than one country: systems approach to evaluating the response." *British Medical Journal* 323(7317): 861-863.
- Madoff, L. C. (2004). "ProMED-mail: an early warning system for emerging diseases." *Clinical Infectious Diseases* 39(2): 227-232.
- Mykhalovskiy, E. and L. Weir (2006). "The Global Public Health Intelligence Network and early warning outbreak detection: a Canadian contribution to global public health." *Canadian Journal of Public Health* 97(1): 42-44.
- Niedrig, M., O. Donoso-Mantke and R. Schadler (2007). "The European Network for Diagnostics of Imported Viral Diseases (ENIVD) - 12 years of strengthening the laboratory diagnostic capacity in Europe." *Eurosurveillance* 12(4): art. 3180.
- Norwegian Institute of Public Health (2011). Toolkit for Local Implementation of the International Health Regulations (2005). Oslo, Norwegian Institute of Public Health.
- Paquet, C., D. Coulobrier, R. Kaiser and M. Ciotti (2006). "Epidemic intelligence: a new framework for strengthening disease surveillance in Europe." *Eurosurveillance* 11(12): 212-214.
- Schlagenhauf, P., F. Santos-O'Connor and P. Parola (2010). "The practice of travel medicine in Europe." *Clinical Microbiology and Infection* 16(3): 203-208.
- VBORNET (2009). Network of Medical Entomologists and Public Health Experts (VBORNET) [http://ecdc.europa.eu/en/activities/diseaseprogrammes/emerging_and_vector_borne_diseases/pages/vbornet.aspx, по состоянию на 2 июля 2018 г.].
- Wilson, J. (2007). "Argus: a global detection and tracking system for biological events." *Advances in Disease Surveillance* 4(21).
- World Health Organization (WHO) (2005a). Effective Media Communication during Public Health Emergencies: A WHO handbook. Geneva, WHO.
- World Health Organization (WHO) (2005b). Revision of the International Health Regulations. Geneva, WHO: 58.
- World Health Organization (WHO) (2005c). WHO Outbreak Communication Guidelines. [Руководство ВОЗ по коммуникации при эпидемических вспышках.] Geneva, WHO. [http://www.who.int/csr/resources/publications/WHO_CDS_2005_28/en/, по состоянию на 9 июня 2018 г.]
- World Health Organization (WHO) (2008). World Health Organization Outbreak Communication Planning Guide. Geneva, WHO.
- World Health Organization (WHO) (2012a). Information to States Parties Regarding Determination of Fulfilment of IHR Core Capacity Requirements for 2012 and Potential Extensions. Geneva, WHO.
- World Health Organization (WHO) (2012b). Rapid Risk Assessment of Acute Public Health Events. Geneva, WHO.
- World Health Organization (WHO) Regional Office for Europe (2010). Resolution: Renewed commitment to elimination of measles and rubella and prevention of congenital rubella syndrome by 2015 and Sustained support for polio- free status in the WHO European Region. [Резолюция Обновленная приверженность достижению к 2015 г. целей элиминации кори и краснухи и профилактики синдрома врожденной краснухи и устойчивое поддержание свободного от полиомиелита статуса в Европейском регионе ВОЗ] Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. [<http://www.euro.who.int/en/about-us/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/sixtieth-session/resolutions/eurrc60r12>, по состоянию на 9 июня 2018 г.]

глава 5

Здоровье и безопасность на рабочем месте

*Rokho Kim, Jorma Rantanen, Suvi Lehtinen,
Wiking Husberg*

Введение

Трудовая занятость и условия труда являются основными социальными детерминантами здоровья (КСДЗ 2008). Несмотря на то, что трудоустроенные люди зачастую более здоровы, чем безработные, их здоровье подвержено опасностям на рабочем месте. По оценкам Международной организации труда (МОТ), ежегодно около 2,3 миллиона мужчин и женщин во всем мире умирают из-за несчастных случаев на рабочем месте и профессиональных заболеваний, при этом регистрируется около 360 000 несчастных случаев и около 1,95 миллиона профессиональных заболеваний с летальным исходом (МОТ 2009). Из 880 миллионов человек в Европейском регионе ВОЗ около 400 миллионов являются трудящимися. Профессиональные заболевания и травмы входят в первую десятку факторов риска, определяющих общее бремя болезней в Европейском регионе ВОЗ (Concha-Barrientos, Imel Nelson et al. 2004). Ежегодно в Европе из-за профессиональных заболеваний и несчастных случаев умирает более 300 000 человек. Неблагоприятные последствия для здоровья, обусловленные плохими условиями труда, приводят к экономическим издержкам в размере 4–5% ВВП (Takala, Härmäläinen et al. 2009). Люди, работающие в небезопасных условиях труда, подвергаются повышенному риску ухудшения состояния здоровья (László, Pikhart et al. 2010). Защита работников от недугов, заболеваний и травм является не только одним из основных прав человека, но и одной из главных целей Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и МОТ, закрепленных в их уставах.

Несмотря на непрерывное последовательное улучшение состояния охраны здоровья и безопасности на рабочем месте в Европейском регионе ВОЗ, среди и внутри стран сохраняются значительные различия в состоянии здоровья работников, их подверженности профессиональным рискам и доступности услуг служб охраны труда. Работники из социально незащищенных или малоимущих групп (например молодые или пожилые люди, беременные женщины, инвалиды, мигранты) и работники отраслей высокого риска (таких как горнодобывающая промышленность, строительство, здравоохранение, сельское хозяйство, малые и средние предприятия, неформальная занятость, самозанятые) чаще подвержены риску развития профессиональных заболеваний и получения производственных травм (ВОЗ 2007).

Следуя примеру Германии, где Бисмарк в 1884 г. ввел систему страхования от несчастных случаев на производстве, большинство промышленно раз-

витых стран Европы создали службы охраны труда и системы компенсаций работникам. Параллельно с этим промышленная медицина стала отдельной медицинской специальностью, объединившей профилактическую медицину и общественное здравоохранение, а также клиническую медицину. Промышленная медицина затем переросла в медицину труда, и к концу XX века медицина труда (профпатология) и гигиена труда стали двумя основными дисциплинами современной области профессионального здоровья. В свою очередь программы в сфере профессионального здоровья и безопасности стали неотъемлемой частью современного общественного здравоохранения, которое в едином комплексе также учитывает влияние социальных факторов и факторы внешней среды.

В настоящей главе рассматриваются текущие вызовы и возможности в области охраны труда в Европейском регионе ВОЗ. Глава начинается с терминологических пояснений и обзора основных международных документов, определивших развитие области профессионального здоровья и безопасности в Европе. Далее будут представлены ситуации в разных частях региона и анализ основных вызовов современности, а также рассмотрены стратегические направления развития на будущее. В завершение делается вывод о том, что современные службы общественного здравоохранения должны включать в себя программы по обеспечению здоровья и безопасности на рабочем месте, ориентированные, в частности, на социально незащищенные категории работников и работников в отраслях высокого риска.

Терминологические пояснения

Гигиена труда

По данным двенадцатой сессии объединенного Комитета МОТ/ВОЗ по гигиене труда в 1995 г. (Joint ILO/WHO Committee on Occupational Health 1995) область «гигиена труда» рассматривает следующие задачи:

содействие и поддержание наивысшей степени физического, психического и социального благополучия работников всех профессий; профилактика среди работников нарушений здоровья, вызванных условиями труда; предотвращение влияния на трудящихся вредных для их здоровья факторов; обеспечение для работников условия труда, адаптивных к их психическим и физическим возможностям; и, в конечном итоге, адаптация труда к возможностям работников, а также адаптация каждого работника к условиям его трудовой деятельности.

Главными приоритетами гигиены труда являются укрепление здоровья и трудоспособности работников, обеспечение соответствующих безопасных условий труда, а также развитие организации и культуры труда, направленных на поддержание охраны здоровья и безопасности на рабочем месте.

Безопасность труда

Безопасность труда в первую очередь направлена на предотвращение несчастных случаев на рабочем месте и производственного травматизма во всех отраслях и службах. Признавая тот факт, что небезопасные рабочие места и условия труда (технологические особенности) могут также приводить к появлению профессиональных заболеваний, термин «Безопасность труда» часто сочетается с термином «Гигиена труда». В некоторых случаях более широкое определение безопасности труда охватывает сферу гигиены труда (профессионального здоровья, медицины труда).

Профессиональное здоровье, безопасность и гигиена труда

Здоровое рабочее место должно быть безопасным, а безопасное рабочее место — здоровым. Таким образом, гигиена труда, безопасность труда, охрана труда, а также здоровье и безопасность на рабочем месте используются как взаимозаменяемые термины. Гигиена труда, согласно определению ВОЗ и МОТ (см. выше), часто упоминается как здоровье и безопасность на рабочем месте в секторе здравоохранения (например министерствами здравоохранения, врачами и медсестрами по охране труда, гигиенистами), в то время как ее часто называют безопасностью и охраной труда в социальном (трудовом) секторе (например министерствами труда, инспекторами труда, инженерами по охране труда). Выражение «здоровье и безопасность на рабочем месте» наиболее часто встречается в ВОЗ, в то время как «безопасность и здоровье работников» — в МОТ. В законодательстве и политических документах ЕС оба варианта также упоминаются как «охрана труда и производственная безопасность» (см. ниже).

Службы гигиены труда

МОТ определила службы гигиены труда как (МОТ 1985):

службы, на которые возложены главным образом профилактические функции и ответственность за консультирование работодателя, работников и их представителей по вопросам, касающимся требований к созданию и поддержанию здоровой рабочей среды, которая будет способствовать (содействовать) оптимальному физическому и психическому здоровью по контексту выполняемой работы, а также адаптации труда к возможностям работников с учетом состояния их физического и психического здоровья.

Современные службы гигиены труда отвечают за: улучшение организации труда; надзор за рабочими местами и состоянием здоровья; оценку рисков, управление и коммуникацию; обеспечение оказания первой помощи и реагирования на несчастные случаи; а также укрепление здоровья на рабочем месте.

Основные службы гигиены труда

ВОЗ и МОТ рекомендуют обеспечить услугами в области гигиены труда всех работников всех профессий. Однако работники малых и средних предприятий, а также неформального сектора зачастую получают минимальный объем таких услуг. Чтобы сделать цель «Гигиена труда для всех» более осуществимой, была разработана концепция базовых услуг в области гигиены труда, которая была одобрена 13-м Объединенным комитетом МОТ/ВОЗ по гигиене труда в декабре 2003 г. Основными услугами в области гигиены труда является применение Алма-Атинских принципов первичной медико-санитарной помощи в области гигиены труда. Они могут быть определены как основные услуги по охране здоровья людей на рабочем месте, укреплению здоровья, качества жизни и трудоспособности, а также по профилактике заболеваний и несчастных случаев с использованием научно обоснованных и социально приемлемых методов гигиены труда с использованием подхода, основанного на принципе предоставления первичной медико-санитарной помощи (Rantanen 2005).

Укрепление здоровья на рабочем месте

Укрепление здоровья на рабочем месте подразумевает (ENWHP 2013):

совместные усилия работодателей, работников и общества в целом по улучшению здоровья и благополучия людей на работе. Это может быть достигнуто путем сочетания улучшения организации работы и условий труда; поддержки активного участия; поощрения развития личности.

Рабочее место является прекрасной средой, которая может способствовать физическому, психическому, экономическому и социальному благополучию работающих и, как следствие, — укреплению здоровья их семей, сообществ и общества в целом.

Международные обязательства и нормативные акты

На мировом и европейском уровнях был принят целый ряд международных обязательств и нормативных актов в области здоровья и безопасности на рабочем месте.

Резолюции Всемирной ассамблеи здравоохранения

Всемирная ассамблея здравоохранения (ВАЗ) является высшим руководящим (принимающим решения) органом ВОЗ, и ее резолюции представляют собой «мягкое право» в международных отношениях (Fidler 2003). В 1996 г. она приняла резолюцию WHA49.12, которая одобрила Глобальную стратегию «Гигиена труда для всех» (ВОЗ 1996). Она настоятельно призвала государства-члены разработать национальные программы по гигиене труда для всех, уделяя особое внимание малоимущему трудящемуся населению, в том числе трудящимся-мигрантам, работникам малых предприятий и неформального сектора, а также другим профессиональным группам высокого риска или с особыми потребностями, включая детей. В рамках последующей деятельности Всемирная ассамблея здравоохранения в 2007 г. приняла резолюцию WHA60.26, которая одобрила Глобальный план действий по охране здоровья работающих на 2008–2017 гг. с учетом пяти целей-действий (см. вставку 5.1).

Конвенции МОТ

Одной из ключевых функций МОТ является разработка международных стандартов по охране труда. Она приняла уже около 70 конвенций в этой области. Конвенции МОТ являются юридически обязательными к исполнению международными документами для тех стран, которые подписали и ратифицировали их. Конвенция о безопасности и гигиене труда и производственной среде 1981 г. (№ 155) и Рекомендация № 164 устанавливают обязанность работодателей обеспечивать безопасные условия труда, необходимость сотрудничества между работающими и работодателями на предприятиях в области охраны труда, а также право трудящихся на получение информации об опасной работе и отказ от ее выполнения. В Конвенции о службах гигиены труда 1985 г. (№ 161) и Рекомендации № 171 излагаются принципы защиты трудящихся от недугов, заболеваний

Вставка 5.1 Пять целей Глобального плана действий ВОЗ по охране здоровья работающих, 2007 г.

- Разработка и реализация инструментов политики в области охраны здоровья работающих;
- охрана и укрепление здоровья на рабочем месте;
- повышение эффективности работы и расширение доступа к службам гигиены труда;
- предоставление и распространение фактических данных в интересах действий и практической работы;
- включение компонента охраны здоровья работающих в политику других секторов.

Источник: ВОЗ (2007)

и травм, возникающих в результате трудовой деятельности, и устанавливается профилактическая функция служб охраны труда (вставка 5.2). Также в конвенции определено, что политика в области охраны труда должна приниматься на национальном уровне на основе трехстороннего сотрудничества между правительством, работодателями и работниками.

Европейская социальная хартия

Европейская Социальная Хартия, принятая в 1961 г. Советом Европы и пересмотренная в 1996 г., гарантирует социальные и экономические права человека, и большинство из 47 государств-членов Совета Европы приняли обязательства по выполнению её положений.

Статья 2 «Право на справедливые условия труда» накладывает на страны обязательства по устранению рисков, сопряженных с выполнением опасных и вредных работ.

Статья 3 «Право на условия труда, отвечающие требованиям безопасности и гигиены» определяет обязанности правительств, включая прогрессивное развитие служб гигиены труда для всех работников, выполняющих главным образом профилактические и консультативные функции. Возможность принятия признанными организациями и неправительственными организациями (НПО) правовых мер против правительств, не соблюдающих требования конвенции, делает Европейскую социальную хартию мощным инструментом содействия развитию охраны труда в Европе.

Директивы и стратегии ЕС

Директивы ЕС по вопросам охраны труда имеют свою правовую основу в статье 153 Договора о функционировании Европейского Союза (Римский договор, действует с 1958 г.), которая наделяет ЕС полномочиями принимать директивы по улучшению охраны труда. Рамочная Директива ЕС по безопасности и охране труда (Директива 89/391/ЕЕС) гарантирует минимальные требования к охране труда на всей территории ЕС (Совет Европейского союза, 1989 г.). Рамочная директива также установила основные принципы охраны труда, в том числе оценку, устранение, замещение и профилактику рисков. В ней предметно оговаривается приоритетность коллективных мер защиты с непосредственным участием лиц, ответственных за вопросы в области охраны труда, а также возлагается

Вставка 5.2 Функции служб гигиены труда согласно Конвенции МОТ № 161.

- Выявление и оценка риска от воздействия опасных для здоровья факторов, возникающих на рабочем месте.
- Консультирование по вопросам планирования и организации работ и производственной практики.
- Осуществление сотрудничества в обеспечении информацией в организации обучения и просвещения в области охраны здоровья работников на производстве, гигиены труда, а также эргономики и средств индивидуальной и коллективной защиты.
- Наблюдение за состоянием здоровья работников в связи с трудовым процессом.
- Участие в осуществлении мер по профессиональной реабилитации поддержки работников трудоспособного возраста в сфере занятости, а также содействие возвращению на работу людей, ставших безработными по причине плохого состояния здоровья или инвалидности.
- Организация первой и неотложной медицинской помощи.

обязательство на работодателей принимать надлежащие превентивные меры для обеспечения более безопасных и здоровых условий труда.

Рамочная директива внесла масштабные изменения в законодательство об охране труда в некоторых государствах-членах ЕС. На ее основе были разработаны «дочерние директивы», в рамках которых общие принципы охраны труда применены к конкретным областям и аспектам охраны труда (Европейское агентство по безопасности и гигиене труда 2013). Эти директивы способствовали формированию культуры профилактики во всем ЕС, а также упрощению национальных законодательных систем. Однако были отмечены различные недостатки в реализации этих законодательных мер (Европейская комиссия 2004). Одна из основных проблем заключается в недостаточном соблюдении требований на малых и средних предприятиях (МСП), особенно в том, что касается оценки рисков, участия в профессиональной подготовке работников, а также применения требований в традиционных секторах высокого риска — сельского хозяйства и строительства. В продолжение первой стратегии по охране здоровья на 2002–2006 годы ЕС принял вторую стратегию на 2007–2012 годы, направленную на сокращение несчастных случаев на производстве на одну четверть (Европейская комиссия 2007). Эти стратегии являются важным политическим сигналом и движущей силой для внедрения национальных действий в области охраны труда и способствовали эффективной координации инициатив в области общественного здравоохранения. Так, была рекомендована новая стратегия в отношении заболеваний опорно-двигательного аппарата, стрессов и профессиональных онкологических заболеваний, которая бы охватывала, в частности, проблемы, связанные с реализацией нормативно-правовой базы, и уделяла особое внимание МСП и микропредприятиям (Европейская комиссия 2013).

Ситуация в Европейском регионе ВОЗ

Законодательство в области охраны труда сильно различается в разных странах Европейского региона ВОЗ, начиная от юридических требований к каждому предприятию по предоставлению услуг в области гигиены труда, включая юридические требования только для крупных и средних предприятий, до отсутствия юридических требований как таковых. Как следствие, охват в предоставлении услуг в области гигиены труда варьирует от менее чем 10% рабочей силы в одних странах до более чем 90% в других.

Смертность, связанная с несчастными случаями на производстве, является хорошим показателем эффективности систем охраны труда, поскольку вероятность занижения показателей смертности ниже, чем вероятность занижения показателей травматизма и заболеваемости. Согласно официальным данным, представленным в Европейской базе данных ВОЗ «Здоровье для всех», с 1980 г. показатели смертности от несчастных случаев на производстве последовательно снижались (рис. 5.1). Несмотря на это, в различных частях региона по-прежнему существуют различия, причем в странах Центральной и Восточной Европы и в странах бывшего Советского Союза показатели смертности выше.

На рисунке 5.2 показаны тенденции частоты случаев нелетальных производственных травм. В противовес показателям смертности страны Центральной и Восточной Европы, а также бывшего Советского Союза сообщают о гораздо более низких показателях нелетального производственного травматизма по сравнению с государствами-членами ЕС до мая 2004 г. Данный парадокс, вероятно, связан с серьезным недостаточным выявлением и занижением показателей нелетального производственного травматизма в этих странах.

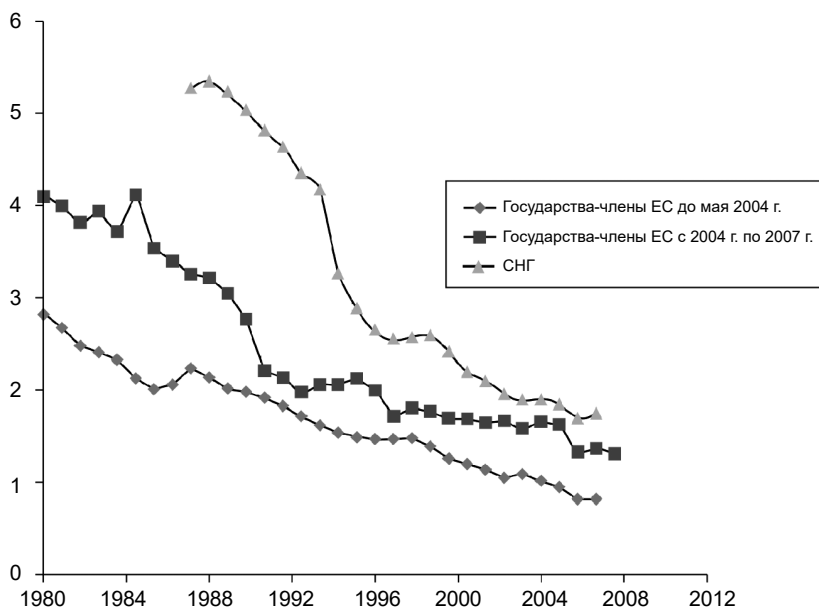


Рисунок 5.1 Показатели смертности от несчастных случаев на производстве на 100 000 человек (СНГ: Содружество независимых государств).

Источник: ВОЗ (2013)

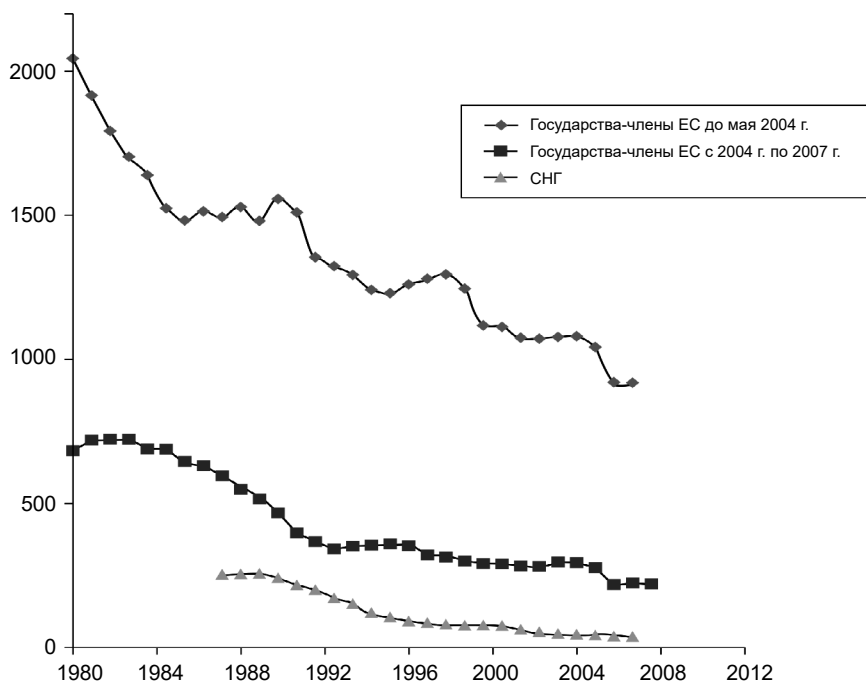


Рисунок 5.2 Число лиц, получивших производственную травму, на 100 000 человек (СНГ: Содружество независимых государств).

Источник: ВОЗ (2013)

Государства-члены ЕС

На рисунках 5.1 и 5.2 показан разрыв, существующий между различными частями Европы с точки зрения охраны труда. Прогресс, достигнутый во многих «старых» государствах-членах ЕС, в том числе в таких, как Норвегия или Швейцария, в значительной степени обусловлен постоянным диалогом между социальными партнерами, а также усилиями профсоюзов и поставщиков услуг в области гигиены труда. Однако даже в некоторых из этих стран, таких как Греция, охране труда уделяется недостаточное внимание, в то время как занижение показателей смертности и заболеваемости на производстве является значительным (Rachiotis, Alexopoulos et al. 2010).

12 «новых» государств-членов ЕС приняли вышеуказанные директивы по охране труда при присоединении к ЕС. Тем не менее они по-прежнему отстают от своих западных соседей в плане снижения производственной смертности. Причинами этого являются слабое правоприменение, отсутствие потенциала и недостаточное участие социальных партнеров.

По состоянию на 2013 г. не было ратифицировано никакой конкретной директивы ЕС по услугам в области гигиены труда, в связи с чем качество и охват сильно различаются между и внутри стран-членов ЕС. За исключением тех стран, в которых существует законодательное требование о всеобщем или почти всеобщем охвате (например Бельгия, Люксембург, Нидерланды, Финляндия и Франция), охват услугами в области гигиены труда значительно ниже 60% (ВОЗ 2007). Кроме того, в большинстве государств-членов ЕС работники микропредприятий и неформального сектора зачастую не имеют доступа к услугам в области гигиены труда.

В Пятом Европейском обследовании условий труда, охватывавшем 44 000 работников из 34 европейских стран в 2010 г., более чем каждый третий рабочий и почти каждый пятый служащий отметили, что условия труда создают определенную угрозу их здоровью и безопасности труда. Менее половины (44%) наиболее низкоквалифицированных рабочих считали, что они смогут выполнять свою текущую работу по достижении ими 60 лет, в то время как среди высококвалифицированных служащих так считали более двух третей (72%) (Eurofound 2012).

Страны Юго-Восточной Европы

Албания, Турция и страны бывшей Социалистической Федеративной Республики Югославии также гармонизировали свои национальные законы с правовой концепцией ЕС *acquis communautaire* («достояние сообщества»). Социалистическая Федеративная Республика Югославия располагала мощными службами охраны труда, которые, однако, были ослаблены в годы переходного периода, отчасти из-за широкомасштабной приватизации государственного сектора и распада крупных государственных промышленных предприятий, а также роста числа самозанятых лиц и работников неформального сектора.

Несмотря на то, что были разработаны многие национальные стратегии и планы действий, их осуществление отстает от реализации в Западной Европе вследствие отсутствия потенциала, а в некоторых странах — отсутствия политической воли. Общее число врачей-специалистов службы гигиены труда в Юго-Восточной Европе составляет менее 500 человек, в то время как требуется более 2000–2500 человек. Системы контроля за охраной труда и регистрации заболеваний также являются неполноценными, что приводит к серьезному занижению показателей отчетности.

Страны бывшего Советского Союза

В Советском Союзе услуги в области гигиены труда предоставлялись сетью санитарно-эпидемиологических (санэпид) учреждений с централизованной системой планирования и управления. Переходный период негативно отразился на инфраструктуре и программах охраны труда. Причины такого влияния аналогичны тем, что были в странах Юго-Восточной Европы, и включают отсутствие прозрачности и учета, подлинного социального диалога и бессистемную приватизацию государственных служб.

Масштабы смертности и травм на производстве настолько широки, что они стоят российским работодателям в среднем 10–15% от фонда оплаты труда (Fudge and Owens 2006). Однако показатели несчастных случаев значительно занижены, особенно среди МСП и в неформальном секторе экономики. Ситуация еще более усугубляется в тех странах, которые сохранили устаревшую систему компенсации за работу в опасных условиях труда («надбавка за работу в опасных условиях»), которая не стимулирует работодателей к улучшению условий труда.

Вместе с тем наметились некоторые позитивные тенденции. При поддержке МОТ большинство стран региона подготовили национальные обзоры, в которых проводится анализ национальных систем безопасности и гигиены труда и программы совершенствования.

Казахстан принял программу по охране труда, а Кыргызстан и Таджикистан подписали трехсторонние генеральные соглашения, включающие рассмотрение вопросов безопасности и гигиены труда. Правительство Азербайджана обязалось модернизировать системы инспекции труда и охраны труда и здоровья. Кыргызстан стал ведущей страной в субрегионе, внедряющей программу МОТ «Совершенствование практики труда в процессе развития местных сообществ» (WIND) для улучшения условий труда в фермерских хозяйствах и на предприятиях сельского хозяйства.

В Грузии сложилась совершенно иная ситуация, поскольку предыдущее правительство прекратило оказывать все услуги по проведению инспекций в области охраны труда, а также соблюдать минимальные требования безопасности. После ряда серьезных несчастных случаев на производстве работодатели и профсоюзы добровольно создали центр охраны труда и здоровья и согласились приступить к осуществлению рекомендаций МОТ в отношении систем управления охраны труда без участия государственной власти. Перед новым правительством теперь стоит задача восстановления национальной системы охраны труда.

Один из уроков, извлеченных из опыта бывших советских стран, заключается в том, что крупные успехи могут быть достигнуты, когда Министерства труда и здравоохранения (а в некоторых случаях окружающей среды и чрезвычайных ситуаций) сотрудничают в целях обеспечения безопасных и здоровых рабочих мест. Это способствует развитию сотрудничества между многочисленными органами надзора (например по вопросам труда, окружающей среды, техническим вопросам, в области добычи полезных ископаемых), экономии ресурсов и уменьшению дублирования инспекций. Кроме того, внедрение современных систем управления охраной труда, основанных на открытом социальном диалоге на предприятиях, способствует переходу систем охраны труда на превентивный подход в вопросах оценки и управления рисками.

Текущие вызовы

Глобализация рынков капитала и труда в сочетании с быстрым ростом численности населения в странах с низким уровнем дохода приводит к почти безлимитному предложению дешевой рабочей силы, что влечет за собой недостаточное внимание к вопросам профилактики рисков, обеспечения безопасности и гигиены труда (Gochfeld 2005). Во многих странах наблюдается тенденция к дерегуляции, приватизации и аутсорсингу государственных услуг, в том числе в области охраны труда. Как упоминалось ранее, это особенно распространено во многих странах бывшего СССР, что ведет к ухудшению как условий труда, так и услуг в области охраны труда. Ориентированные на получение прибыли поставщики услуг в области охраны труда вынуждены удовлетворять потребности своих клиентов зачастую без участия профсоюзов или представителей трудящихся, а также за счет нарушения профессиональных и этических стандартов.

Еще одной серьезной проблемой является охрана труда работников-мигрантов в Европе (Rechel, Mladovsky et al. 2013). Социальная незащищенность большинства мигрантов делает их уязвимыми в отношении целого ряда факторов: опасные условия труда, трудовая эксплуатация и труднодоступность качественной и полной медицинской помощи при большей частоте случаев травм на производстве (Agudelo-Suárez, Ronda-Pérez et al. 2011). Наибольшим рискам подвергаются мигранты, работающие в угрожающе тяжелых (опасных) условиях, а также в горнодобывающей промышленности, строительстве, тяжелой промышленности и сельском хозяйстве.

Финансовый кризис, начавшийся в 2007 г., создал дополнительную нагрузку для охраны труда в Европе. Это привело к дерегуляции трудового законодательства, что сказалось на политике в области охраны труда и привело к увеличению числа профессиональных заболеваний. Опыт, накопленный в других частях мира (Min, Min et al. 2010), свидетельствует о том, что снижение [всестороннего] внимания к вопросам охраны труда во время экономического кризиса, вероятно, будут иметь устойчивые негативные последствия. Результаты недавнего опроса, проведенного от имени крупнейших немецких медицинских страховщиков, свидетельствуют о том, что компании обрабатывающей промышленности с численностью штата 50–499 сотрудников сегодня проявляют меньший интерес к внедрению системы управления охраной труда, чем до экономического кризиса (Bechmann, Jackle et al. 2010).

Новые технологии (такие как нанотехнологии), появление организаций с новыми формами организации труда и демографические изменения в структуре трудящегося населения вместе способствуют появлению новых рисков. Стресс на работе и психологические проблемы входят в число лидирующих причин выхода на больничный и раннего ухода на пенсию. Безработица, отсутствие гарантий занятости, дискриминация и исключение из производственного процесса также повышают риск физиологических и психических расстройств. Детский труд все еще существует в нескольких странах Европейского региона ВОЗ, например во время сбора хлопка в Центральной Азии (МОТ 2006). Еще одно глобальное явление заключается в том, что производство перемещается в развивающиеся страны, где стандарты гигиены труда значительно ниже.

Старение трудоспособного населения является еще одной проблемой для директивных органов многих европейских стран (Rechel, Grundy et al. 2013). Сотрудники пожилого возраста являются особенно незащищенными на рабочих

местах по причинам биологического и социального характера. Крайне важно улучшать условия труда и обеспечивать контроль неинфекционных заболеваний (НИЗ) с помощью программ укрепления здоровья на рабочем месте, чтобы сотрудники могли оставаться «в строю» (сохранять трудоспособность) (ВОЗ 2012с). Рабочие места являются важной точкой приложения программ профилактики НИЗ и укрепления здоровья, направленных на устранение факторов риска развития НИЗ у трудоспособного населения.

Стратегические направления на будущее

Для укрепления системы гигиены труда в Европейском регионе ВОЗ важнейшее значение будут иметь три стратегических направления: включение вопросов охраны труда в основные оперативные функции общественного здравоохранения, всеобщий охват всех работников услугами в области гигиены труда, профилактика НИЗ и укрепление здоровья на рабочих местах.

Включение вопросов охраны труда в основные оперативные функции общественного здравоохранения

Защита и укрепление здоровья работников является основной функцией общественного здравоохранения (ВОЗ 2003, 2012b). Включение вопросов охраны труда в основные оперативные функции общественного здравоохранения предполагает более эффективную интеграцию специалистов в области охраны труда и других профессионалов в многопрофильные профилактические службы, способные выявлять и оценивать профессиональные, экологические, социальные риски и риски, связанные с образом жизни, влияющие на трудоспособность, здоровье и качество жизни работников, а также консультировать по вопросам управления этими рисками.

Необходимо разработать национальные планы действий по охране здоровья трудящихся между соответствующими министерствами (например здравоохранения и труда), социальными партнерами и другими основными национальными заинтересованными сторонами с учетом вышеупомянутых международных документов. Такие планы должны включать национальные обзоры, приоритетные действия, цели и задачи, меры и механизмы реализации, контроля (мониторинга) и оценки. Местные альянсы органов здравоохранения и труда, крупных предприятий, внешних служб охраны труда и окружающей среды, а также служб первичной медико-санитарной помощи могут помочь обеспечить полный охват всех трудящихся, включая работников МСП и неформального сектора (ВОЗ 2002).

Существуют серьезные теоретические и практические основания для включения вопросов охраны труда в основные оперативные функции общественного здравоохранения. Актуальными являются четыре концептуальные основы. Во-первых, экосоциальная теория, которая объединяет социальный и биологический анализ распределения заболеваний с использованием многоуровневого, динамического и исторического подходов для объяснения неравенств в отношении здоровья. Во-вторых, интегрированные модели рабочих мест, которые учитывают как индивидуальные аспекты поведения, связанные с риском для здоровья, так и факторы риска окружающей среды. В-третьих, принцип охвата всех этапов жизни, в рамках которого оценивается влияние жизненного опыта, в том числе совокупного вредного воздействия на рабочем месте, на здоровье трудящегося. Наконец, устойчивое производство стремится к комплексным решениям производственных и экологических проблем путем

первичной профилактики. Здоровье работников можно наиболее эффективно улучшить за счет расширения области применения мер по охране труда за пределы рабочих мест, с охватом других сферы жизни работников, в том числе их жизни дома, в обществе, в том числе и на протяжении всей жизни (Quinn 2003).

Существуют также убедительные экономические аргументы в пользу включения вопросов охраны труда в работу служб общественного здравоохранения. В то время как весьма значительная доля экономических издержек, связанных с производственными травмами и профессиональными заболеваниями, приходится на стороны, внешние по отношению к работодателю (Kankaanpää, van Tulder et al. 2008), инвестирование в профилактику несчастных случаев на производстве по-прежнему приносит значительную выгоду работодателям. Международное исследование дало количественную оценку доходности от профилактики несчастных случаев путем расчета затрат и выгод от инвестиций в охрану труда в компаниях Австралии, Австрии, Азербайджана, Вьетнама, Германии, Гонконга (Китай), Канады, Российской Федерации, Румынии, Сингапура, Соединенных Штатов, Турции, Чешской Республики, Швейцарии, Швеции (Международная ассоциация социального обеспечения 2011). На рисунке 5.3 показано, как компании оценивали доходность от профилактики, т. е. ожидаемую экономическую выгоду от инвестиций в профилактику несчастных случаев на рабочем месте. Во всех странах средняя доходность от профилактики несчастных случаев составила 2,2; таким образом, на каждый 1 евро, инвестированный в сотрудника в год, ожидаемый экономический эффект для компании составлял в среднем 2,2 евро (Международная ассоциация социального обеспечения 2011).

Всеобщий охват всех работников услугами в области гигиены труда

В дополнение к актуализации вопросов охраны труда и включения их в основные оперативные функции общественного здравоохранения, в рамках другой стратегии на будущее следует расширить охват всех работников услугами в области гигиены труда. Крупные предприятия, стремящиеся к устойчивому развитию бизне-

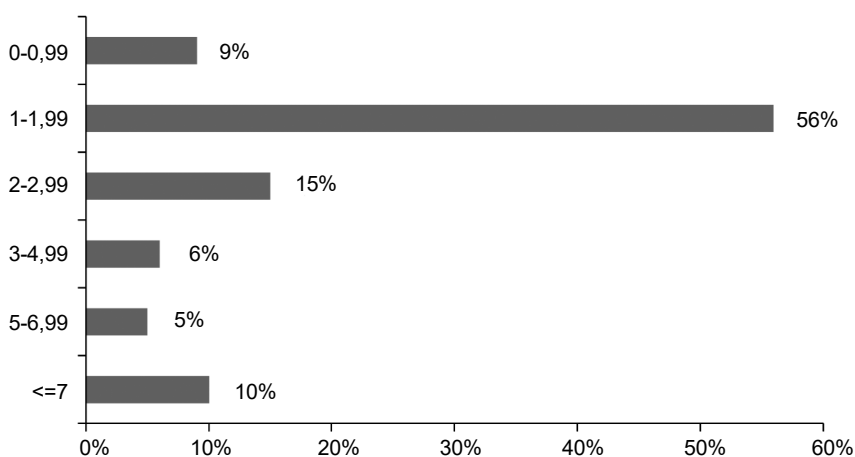


Рисунок 5.3 Ожидаемый экономический эффект (доходность) мероприятий по профилактике несчастных случаев на рабочем месте по данным 15 стран.

Источник: Авторская компиляция, основанная на данных Международной ассоциации социального обеспечения (2011).

са, по этическим, правовым и экономическим причинам, как правило, вкладывают средства в комплексные услуги в области гигиены труда, за исключением стран, где правовое регулирование вопросов труда и здравоохранения недостаточное. Однако, как упоминалось выше, услуги в области охраны труда редко предоставляются работникам малых предприятий и неформального сектора.

При рассмотрении стратегических приоритетов развития служб гигиены труда в Европейском регионе ВОЗ важно учитывать различные потребности, возможности и траектории развития отдельных стран. Концептуально можно выделить четыре стадии развития (рис. 5.4).

Стадии 1 и 2 касаются в первую очередь предприятий малого бизнеса, самозанятого населения и неформального сектора. Однако крупные компании и хорошо организованные МСП должны всегда начинать с создания служб стадии 3. Данная стадия также должна быть минимальной целью для каждой страны и организации в долгосрочной перспективе согласно конвенциям МОТ № 161 и 155.

Стадия 1: начальный уровень

Это оптимальный уровень для организации или работников, которые не имеют службы охраны труда. Цель состоит в том, чтобы понизить порог стандартов для инициирования создания службы, но все же предоставлять основные услуги в области охраны труда. Ставка делается на работников службы охраны труда на местах (по возможности медсестру и сотрудника в области безопасности), которые прошли короткую подготовку в области охраны труда, а также имеют опыт работы в службе первичной медико-санитарной помощи или дру-

Стадия 1 Начальный уровень	Стадия 2 Базовая служба	Стадия 3 Служба согласно международному стандарту	Стадия 4 Комплексная служба
<ul style="list-style-type: none"> ● Консультирование ● Оценка рисков 	<ul style="list-style-type: none"> ● Основные услуги в области гигиены труда 	<ul style="list-style-type: none"> ● Многопрофильная организация ● Профилактика и лечение 	<ul style="list-style-type: none"> ● Комплексный подход: укрепление здоровья, профилактика, лечение
Медсестра, специалист в области безопасности	Врачи и медсестры службы первичной медико-санитарной помощи с короткой специальной подготовкой	Многопрофильные команды, имеющие специальную подготовку, в составе центров первичной медико-санитарной помощи или компаний	Центры охраны труда с многопрофильными группами специалистов
МСП, самозанятые, неформальный сектор	МСП, самозанятые, неформальный сектор	Крупные отрасли и хорошо организованные МСП	Крупные отрасли и национальные/ региональные центры

Рисунок 5.4 Стадии развития служб гигиены труда.

Примечание: МСП — малые и средние предприятия.

Источник: Авторская компиляция, основанная на работе Rantanen (2007).

гой структуре первичного уровня. Служба уделяет основное внимание рискам, связанным с несчастными случаями, тяжелой физической работой, базовой санитарной гигиеной, а также наиболее опасными химическими, физическими и биологическими факторами (включая ВИЧ/СПИД). Консультирование клиентов с целью получения помощи в специализированных центрах (в случае такой необходимости) является важной частью данной службы.

Стадия 2: основные услуги в области гигиены труда

Данный вид службы в своей деятельности максимально приближен к «месту работы» и к сообществу. Предоставление услуг может варьировать в зависимости от производственных условий и конкретных потребностей. Сотрудники службы, как правило это врач и медсестра, имеют соответствующую короткую подготовку (продолжительностью около 10 недель) в области гигиены труда. Иногда они пользуются поддержкой эксперта по вопросам безопасности, который компетентен в области предотвращения несчастных случаев и обеспечения базовой безопасности.

Стадия 3: служба, отвечающая международным стандартам

Согласно конвенциям МОТ данный уровень организации службы должен быть минимальной целью для каждой страны и организации. Инфраструктура службы может принимать несколько различных форм, а услуги в первую очередь носят профилактический характер, хотя также могут быть предоставлены лечебные услуги. Персонал службы должен быть многопрофильным и работать под руководством специально подготовленного специалиста (обычно врача или медсестры в области гигиены труда). Однако многопрофильность службы может быть также обеспечена за счет соответствующих вспомогательных услуг, предоставляемых гигиенистами и специализированными подразделениями, такими как институты гигиены труда.

Стадия 4: комплексные услуги в области гигиены труда

Этот уровень услуг обычно характерен для крупных компаний в промышленно развитых странах или может предоставляться крупными центрами гигиены труда, которые оказывают услуги большому числу компаний. Персонал таких служб представляет собой многопрофильную команду, которая как правило состоит из нескольких специалистов, таких как врачи различных специальностей, медицинские сестры в области гигиены труда, гигиенисты, эргономисты, психологи или инженеры по безопасности. Эти услуги носят комплексный характер и включают: профилактику, лечение, укрепление здоровья и мероприятия по трудовой адаптации.

Предоставление основных услуг в области гигиены труда в рамках первичной медико-санитарной помощи

Одним из ключевых компонентов стадии 2 является интеграция услуг в области гигиены труда в первичную медико-санитарную помощь в целях обеспечения всеобъемлющего охвата всех работников услугами в области гигиены труда. Тесное сотрудничество служб охраны труда и первичной медико-санитарной помощи гораздо эффективней решают задачи по повышению производительности труда и увеличению трудоспособного периода, чем фрагментарный подход (ВОЗ 2011). Основные руководящие принципы комплексного подхода к гигиене труда в рамках первичной медико-санитарной помощи были выработаны на глобальной конференции по этой теме в 2011 г. (вставка 5.3).

Вставка 5.3 Руководящие принципы комплексного подхода к гигиене труда и первичной медико-санитарной помощи.

- Здоровье работников является частью здоровья и жизни в целом.
- Системы здравоохранения должны способствовать реализации местных стратегий для удовлетворения потребностей работников в области здравоохранения.
- При переходе к всеобщему охвату в первую очередь следует ориентироваться на лица, подвергающиеся наибольшему риску или испытывающие наибольшие потребности. Это потребует внимания к основным мероприятиям, финансированию, а также кадровому и техническому потенциалу.
- При разработке политики в области охраны здоровья трудящихся следует привлекать все соответствующие заинтересованные стороны (при том, что ведущую роль должны играть национальные и местные органы власти).
- Обучение в области гигиены труда должно быть частью профессиональной подготовки всех медицинских работников.
- Расширение прав и возможностей работников и создание соответствующих стимулов для лиц, принимающих решения, имеют решающее значение для укрепления здоровья и безопасности работников.

Источник: Адаптировано из ВОЗ (2012a)

Профилактика неинфекционных заболеваний и укрепление здоровья на здоровых рабочих местах

Как говорилось выше, рабочие места являются важной точкой приложения для реализации программ профилактики НИЗ. НИЗ являются основной причиной 300 000 случаев смерти от профессиональных заболеваний (не включающих случаи летальных травм на производстве), зарегистрированных в Европейском регионе ВОЗ. Факторы риска развития этих заболеваний могут быть в определенной степени нивелированы организованными усилиями общества. Прекрасным примером является ликвидация связанных с асбестом онкологических заболеваний и заболеваний легких путем устранения воздействия асбеста на рабочих местах.

Программы профилактики НИЗ на рабочих местах должны быть нацелены не только на профессиональные или связанные с работой риски развития НИЗ, но и на другие факторы их развития, такие как отсутствие физической активности, нездоровые привычки питания, употребление табака и алкоголя, связанный с работой стресс и дисбаланс между работой и личной жизнью. Укрепление здоровья на рабочем месте может быть эффективной мерой в снижении факторов развития НИЗ в случаях, если такие меры спланированы и реализованы в рамках комплексного подхода (ВОЗ 2011). Однако мероприятия по укреплению здоровья на рабочем месте на уровне отдельных компаний, скорее всего, будут эффективными, если они будут реализованы в качестве неотъемлемой части услуг в области гигиены труда и других мероприятий на рабочем месте и в секторе здравоохранения в целом (Rantanen and Kim 2012). Концептуальные рамки создания здоровых рабочих мест, представленные на рисунке 5.5, отражают четыре основные направления, которые работодатели при непосредственном участии самих работников могут реализовать.

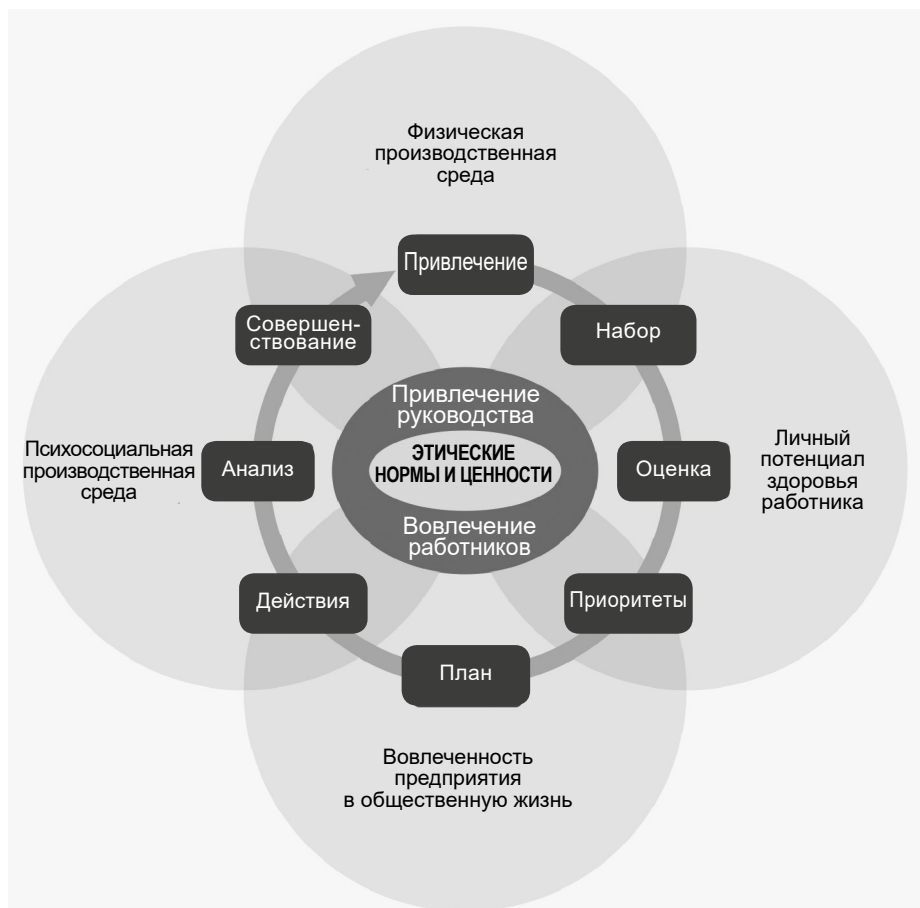


Рисунок 5.5 Модель здорового рабочего места.

Источник: ВОЗ (2009)

Модель представляет собой руководство для комплексного подхода к организации здоровых рабочих мест, особенно когда работодатели, работники и их представители реализуют данную концепцию совместно на основе сотрудничества. Мероприятия по укреплению здоровья на рабочем месте, ориентированные в первую очередь на аспекты личного поведения и психосоциальные условия работы, направленные на профилактику НИЗ, должны быть синхронизированы с мероприятиями по созданию здоровых рабочих мест и активным взаимодействием организации с сообществом. Рабочие места представлены в гораздо более широком контексте. Правительства, законодательство, гражданское общество, рыночные условия и системы здравоохранения оказывают огромное влияние на рабочие места и на то, чего могут добиться различные группы на данных рабочих местах. Крайне важно задействовать эти различные субъекты и признать, что разные страны Европы имеют очень разные потребности и проблемы, равно как и малые и более крупные предприятия. Каковы бы ни были обстоятельства, вовлечение работников и привлечение руководства должны быть в центре инициатив по созданию здоровых рабочих мест (Burton 2010).

Заключение

Работа играет центральную роль в обществе: она является средством получения дохода, создания престижа и чувства ценности, а также предлагает способ участия и вовлечения в качестве полноправного члена в жизнь общества (ВОЗ 2012d). Безработица фактически исключает людей из такого участия и отнимает блага, которые приносит работа. Вызывает тревогу то, что нынешний экономический кризис привел к резкому росту безработицы в некоторых европейских странах, особенно среди лиц молодого трудоспособного возраста. Вероятно, это негативно отразится на здоровье, но также приведет к последствиям в плане предоставления услуг в области гигиены труда, поскольку данные услуги, как правило, не предоставляются неработающим людям.

Помимо улучшения перспектив в области занятости, страны Европы должны стремиться к сокращению воздействия нездоровых или небезопасных условий труда и укреплению мер по обеспечению здоровых рабочих мест. Данные мероприятия включают в себя улучшение психосоциальных условий посредством принятия мер по содействию более тщательному контролю работы, безопасности, предоставлению гибкого графика работы и других методов, учитывающих интересы семьи, адекватную социальную защиту, а также вознаграждения и статус, соизмеримый с затрачиваемыми усилиями. Качественная работа с высоким уровнем контроля за работой и правильным балансом между усилиями и вознаграждением является важной предпосылкой для здоровья и его детерминант (таких как высокий уровень жизни, высокая самооценка и активное участие в социальной жизни). Это может также способствовать формированию здоровой и производительной рабочей силы с вторичной выгодой для семей и сообществ (ВОЗ, 2012d).

Несмотря на то, что в настоящей главе представлен широкий обзор состояния охраны труда в Европейском регионе ВОЗ, необходимо провести дополнительные исследования для оценки эффективности услуг в области гигиены труда между странами и внутри стран. Стандартизированные на международном уровне подходы станут важным шагом на пути к более объективному сравнению масштабов и эффективности программ охраны труда в различных частях Европы (ВОЗ 2002).

Современные службы общественного здравоохранения должны базироваться на хорошо спланированной программе по охране здоровья и безопасности на рабочем месте, в частности ориентированной на социально незащищенных работников и работников сектора высокого риска. Особенно важное значение имеет межсекторальное сотрудничество структур здравоохранения, труда и других секторов на местном, национальном и международном уровнях в соответствии с подходами, основанными на общегосударственном подходе и концепции «Здоровье для всех». Ключевую роль играют ответственность и лидерство государства в этом вопросе, а также сотрудничество с социальными партнерами в сочетании с вертикальными секторальными и горизонтальными межсекторальными политиками (Министерство социального обеспечения и здравоохранения Финляндии 2013).

Наряду с актуализацией вопросов охраны труда основными стратегическими достижениями на будущее являются расширение базовых услуг в области гигиены труда путем интеграции услуг в области гигиены труда в сферу первичной медико-санитарной помощи, а также улучшение профилактики НИЗ и укрепление здоровья на здоровых рабочих местах. Улучшение условий труда совместно с внедрением механизмов, которые позволят людям влиять на организацию и безопасность их работы, будут способствовать созданию более здоровой, счастливой и продуктивной рабочей силы.

При разработке политики также необходимо рассмотреть следующие вопросы: стимулирование устойчивого роста «зеленой экономики»; применение на практике знаний, умений и навыков; расширение возможностей трудоустройства, особенно среди молодежи; достижение большей стабильности в занятости среди наиболее уязвимых слоев населения; уменьшение воздействия вредных условий труда и связанных с ними рисков развития заболеваний и травм; управление рисками для здоровья путем обеспечения соблюдения национальных правил и предоставление услуг в области гигиены труда; создание стандартизированных инструментов для мониторинга и управления рисками; внедрение известных методов для улучшения безопасных и здоровых условий труда с особым акцентом на социально незащищенные группы работников, включая безработных (ВОЗ 2012d).

Для достижения более сбалансированного соотношения между работой и личной жизнью можно принять ряд вспомогательных мер: предоставление отпуска по семейным обстоятельствам; улучшение услуг по уходу за детьми; организацию рабочего времени, включая применение гибких механизмов; отмену условий, способствующих появлению различий в уровне заработной платы мужчин и женщин; согласование школьных и рабочих часов; пересмотр режима работы магазинов. Политика в области занятости должна также предусматривать меры, способствующие более справедливому распределению между мужчинами и женщинами отпуска по уходу за детьми и за пожилыми людьми. Между странами по-прежнему существуют значительные различия в степени реализации такой поддерживающей социальной политики.

Одним из основных негативных последствий дерегулирования политики в области гигиены и безопасности труда в ряде европейских стран является отсутствие эффективного правоприменения со стороны государственных органов. Контроль качества, эффективности и действенности услуг в области гигиены труда должно быть совместной ответственностью национальных и местных органов здравоохранения, ассоциаций медицинских работников и организаций работодателей и работников. Это позволило бы приблизиться к реализации соответствующих международных и европейских обязательств. Различные сети и ресурсы в области гигиены труда, такие как сеть сотрудничающих центров ВОЗ, сеть по охране труда в регионах Балтийского моря, сеть здравоохранения Юго-Восточной Европы и Международная комиссия по гигиене труда, могут помочь в реализации концепции охраны труда в отношении всех работников в Европе.

Библиография

- Agudelo-Suárez, A. A., E. Ronda-Pérez and F. G. Benavides (2011). "Occupational health." Migration and health in the European Union B. Rechel, P. Mladovsky, W. Deville, B. Rijks, R. Petrova-Benedict and M. McKee, Eds. Maidenhead, Open University Press: 155-168.
- Bechmann, S., R. Jackle, P. Luck and R. Herdegen (2010). Motive und Hemmnisse für Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM), IGA-Report 20. Berlin, AOK- Bundesverband.
- Burton, J. (2010). WHO Healthy Workplace Framework and Model: Background and supporting literature and practices [http://www.who.int/occupational_health/healthy_workplace_framework.pdf, по состоянию на 10 сентября 2018 г.].
- Commission on the Social Determinants of Health (CSDH) (2008). Closing the Gap in a Generation: Health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, WHO.
- Concha-Barrientos, M., D. Imel Nelson, T. Driscoll, L. Punnett, K. Steenland and M. Fingerhut (2004). "The global burden of selected occupational disease and injury risks." In Comparative Quantification of Health Risks: Global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors. M. Ezzati, A. D. Lopez, A. Rodgers and C. J. L. Murray, Eds. Geneva, WHO: 1651-1802.

- Council of the European Communities (1989). Council Directive 89/391/EEC of 12 June 1989 on the introduction of measures to encourage improvements in the safety and health of workers at work [[http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri= CELEX:31989L0391:en:HTML](http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:31989L0391:en:HTML), по состоянию 10 сентября 2018 г.]. Brussels, Council of the European Communities.
- Eurofound (2012). Fifth European Working Conditions Survey. Luxembourg, Publications Office of the European Union.
- European Agency for Safety and Health at Work (2013). European Directives [<https://osha.europa.eu/en/safety-and-health-legislation/european-directives>, по состоянию на 26 сентября 2018 г.].
- European Commission (2004). Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of Regions on the practical implementation of the provisions of the Health and Safety at Work Directives 89/391 (Framework), 89/654 (Workplaces), 89/655 (Work Equipment, 89/656 (Personal Protective Equipment), 90/269 (Manual Handling of Loads and 90/270 (Display Screen Equipment). Brussels, European Commission.
- European Commission (2007). Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions on improving quality and productivity at work: Community strategy 2007-2012 on health and safety at work [<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2007:0062:FIN:EN:PDF>]. Brussels, European Commission.
- European Commission (2013). Evaluation of the European Strategy on Safety and Health at Work 2007-2012 [<http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=10016&langId=en>, по состоянию на 10 сентября 2018 г.].
- European Network for Workplace Health Promotion (ENWHP) (2013). [<http://www.enwhp.org/>, по состоянию на 10 сентября 2018 г.].
- Fidler, D. P. (2003). Developments involving SARS, International Law, and Infectious Disease Control at the Fifty-Sixth Meeting of the World Health Assembly. Washington, DC, ASIL Insights.
- Finnish Ministry of Social Affairs and Health (2013). Health in All Policies: Seizing opportunities, implementing policies. [Здоровье во всех стратегиях Использование возможностей, реализация стратегий] K. Leppo, E. Ollila, S. Pena, M. Wismar, S. Cook, Eds. Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health. [http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/266310/Health-in-all-policies-Rus.pdf?ua=1, по состоянию на 15 ноября 2018 г.].
- Fudge, J. and R. Owens (2006). "Precarious work, women and the new economy: the challenge to legal norms." In Precarious Work, Women and the New Economy: The Challenge to Legal Norms. J. Fudge and R. Owens, Eds. Oxford, Hart: 3-28.
- Gochfeld, M. (2005). "Occupational medicine practice in the United States since the industrial revolution." *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 47(2): 115-131.
- International Labour Organization (ILO) (1985). Convention on Occupational Health Services (No. 161). Geneva, ILO.
- International Labour Organization (ILO) (2006). Global Report on Child Labour. Geneva, ILO.
- International Labour Organization (ILO) (2009). Facts on Safety and Health at Work. Geneva, ILO.
- International Social Security Association (ISSA) (2011). The Return on Prevention: Calculating the costs and benefits of investments in occupational safety and health in companies. Geneva, ISSA.
- Joint ILO/WHO Committee on Occupational Health (1995). Working Document of the Twelfth Session of the Joint ILO/WHO Committee on Occupational Health, 5-7 April 1995. Geneva, ILO/WHO.
- Kankaanpää, E., M. van Tulder, M. Aaltonen and M. De Greef (2008). "Economics for occupational safety and health." *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health Suppl* 5: 9-13.
- László, K., H. Pihart, M. Kopp, M. Bobak, A. Pajak, S. Malyutina, G. Salavec and M. Marmot (2010). "Job insecurity and health: a study of 16 European countries." *Social Science and Medicine* 70(6): 867-874.
- Min, K., J. Min, J. Park, S. Park and K. Lee (2010). "Changes in occupational safety and health indices after the Korean economic crisis: analysis of a national sample, 1991-2007." *American Journal of Public Health* 100(11): 2165-2167.
- Quinn, M. M. (2003). "Occupational health, public health, worker health." *American Journal of Public Health* 93(4): 526.
- Rachiotis, G., C. Alexopoulos and S. Drivas (2010). "Occupational morbidity and the state of occupational health in Greece." *Occupational Medicine (London)* 60(4): 315-316.

- Rantanen, J. (2005). "Basic occupational health services - their structure, content and objectives." *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health* 1: 5-15.
- Rantanen, J. (2007). *Basic Occupational Health Services*. Helsinki, Finnish Institute of Occupational Health.
- Rantanen, J. and R. Kim (2012). *Situation Analysis and Recommendations for Stewardship on Workplace Health Promotion in Poland*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. [http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/00111/181856/e96758-Eng.pdf?ua=1, по состоянию на 15 ноября 2018 г.]
- Rechel, B., E. Grundy, J.-M. Robine, J. Cylus, J. P. Mackenbach, C. Knai and M. McKee (2013). "Ageing in the European Union." *The Lancet* 381(9874): 1312-1322.
- Rechel, B., P. Mladovsky, D. Ingleby, J. P. Mackenbach and M. McKee (2013). "Migration and health in an increasingly diverse Europe." *The Lancet* 381(9873): 1235-1245.
- Takala, J., P. Hämäläinen and K. Saarela (2009). "Roles of occupational safety and health organisations in global and regional prevention strategies." *Occupational Health Southern Africa Journal* 15(2a): 17-23.
- World Health Organization (WHO) (1996). *WHO Global Strategy for Occupational Health for All, WHA49.12*. Geneva [Глобальная стратегия ВОЗ по профессиональной гигиене для всех, ВА3 49.12], WHO [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/200851/WHA49_R12_rus.pdf?sequence=1, по состоянию на 10 сентября 2018 г.]
- World Health Organization (WHO) (2002). *Good Practice in Occupational Health Services: A contribution to workplace health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization (WHO) (2003). *Essential Public Health Functions: A three-country study in the Western Pacific Region*. Manila, WHO Regional Office for the Western Pacific.
- World Health Organization (WHO) (2007). *Workers' Health: Global plan of action*. [Здоровье работающих: глобальный план действий.] Geneva, WHO. [http://www.who.int/occupational_health/WHO_health_assembly_ru_web.pdf?ua=1, по состоянию на 7 июня 2018 г.]
- World Health Organization (WHO) (2009). *Healthy Workplaces: A WHO global model for action*. Geneva, WHO. [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44307/9789244599310_rus.pdf, по состоянию на 15 ноября 2018 г.]
- World Health Organization (WHO) (2011). *Action Plan for Implementation of the European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2012-2016*. [План действий по реализации Европейской стратегии профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями, 2012-2016 гг.] Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. [http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/174654/e96638-Rus.pdf?ua=1, по состоянию на 10 сентября 2018 г.]
- World Health Organization (WHO) (2012a). *Connecting Health and Labour: Bringing together occupational health and primary care to improve the health of working people*. Executive Summary. Global Conference "Connecting Health and Labour: What Role for Occupational Health in Primary Health Care," The Hague, Netherlands, 29 November-1 December 2011. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization (WHO) (2012b). *European Action Plan for Strengthening Public Health Capacities and Services*. [Европейский план действий по укреплению потенциала и услуг общественного здравоохранения.] Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. [http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/171773/RC62wd12rev1-Rus-updated.pdf?ua=1, по состоянию на 10 сентября 2018 г.]
- World Health Organization (WHO) (2012c). *Strategy and Action Plan for Healthy Ageing in Europe, 2012-2020*. [Стратегия и план действий в поддержку здорового старения в Европе, 2012-2020 гг.] Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. [<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/Life-stages/healthy-ageing/publications/2012/strategy-and-action-plan-for-healthy-ageing-in-europe,-20122020>, по состоянию на 7 июня 2018 г.]
- World Health Organization (WHO) (2012d). *Health 2020 Policy Framework and Strategy* [Здоровье-2020 Основы политики и стратегия] [<http://www.euro.who.int/ru/about-us/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/sixty-second-session/documentation/working-documents/eurrc628-health-2020-policy-framework-and-strategy>, по состоянию на 7 июня 2018 г.]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization (WHO) (2013). *European Health for All Database*, July 2013 edition. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

глава 6

Гигиена окружающей среды

Giovanni Leonardi, Bernd Rechel

Введение

Гигиена окружающей среды включает аспекты здоровья человека, которые определяются факторами окружающей среды. Она также касается теории и практики оценки, измерения и предотвращения тех факторов окружающей среды, которые потенциально могут оказать негативное влияние на здоровье нынешнего и будущего поколений. Общественное здравоохранение, связанное с охраной окружающей среды, может быть определено, как наука и практика предупреждения болезней, продления жизни и укрепления здоровья посредством предпринимаемых обществом организованных действий в ситуации, когда вредное влияние окружающей среды является основным фактором риска (Spiby 2006). Службы, занимающиеся вопросами гигиены окружающей среды, — это службы, нацеленные на реализацию политики в области гигиены окружающей среды посредством мониторинга и контроля, способствующие улучшению экологических параметров и поощряющие использование экологически чистых и здоровых технологий и моделей поведения. Они также играют ведущую роль в разработке и предложении новых областей политики в сфере гигиены окружающей среды (ВОЗ 1994). Однако важно подчеркнуть, что понимание гигиены окружающей среды сильно различается в странах Европы (Public Health Services Gelderland Midden 2011).

Гигиена окружающей среды в целом обусловлена комплексом факторов, включая жилищные условия, транспорт, сельское хозяйство и занятость, каждый из которых одинаково значим, и выходит далеко за рамки непосредственно систем здравоохранения. Как следствие, вопросы гигиены окружающей среды часто игнорировались службами и мероприятиями в области общественного здравоохранения. Кроме того, несмотря на то, что влияние экологии на здоровье, благополучие и развитие человека становится все более очевидным, по-прежнему отсутствует единое понимание в отношении срочности и путей устранения негативного влияния экологических факторов.

Окружающая среда оказывает как прямое, так и косвенное воздействие на здоровье. Хотя традиционные проблемы гигиены окружающей среды, такие как предотвращение токсического воздействия химических веществ, по-прежнему актуальны во всем мире (Prüss-Üstun, Vickers et al. 2011), постепенно на первый план выходит проблема целостности экосистем. Основными глобальными проблемами являются: изменение климата, утрата биоразнообразия, истощение озонового слоя стратосферы, закисление океана, низкая доступность пресной воды и изменения в землепользовании (Rockstrom, Steffen et al. 2009). Становится все более очевидным, что устойчивое здоровье населения зависит от успешного перехода к бережливой экономике, не нарушающей экосферу

(Meadows, Meadows et al. 1972; Daly 2005; Czech 2008; Jackson 2009; Max-Neef 2010). Экосистемы состоят из воздуха, воды, почвы и растительности и необходимы для поддержания жизни, в том числе жизни человека; однако они разрушаются в результате вмешательства человека (Rees 2002). Понимание такого воздействия представляет собой новую задачу для гигиены окружающей среды, требующую новых подходов, методов и инструментов, которые бы способствовали развитию и процветанию человечества без разрушения экологии на местном уровне и за его пределами (Costanza, Kubiszewski et al. 2011).

Эта глава начинается с краткого обзора основных экологических угроз для здоровья, а также бремени болезней, связанных с этими угрозами. Затем описываются основные составляющие служб охраны окружающей среды, а также дисциплины, связанные с этой областью. Далее следует краткое описание существующих в Европе систем подготовки специалистов и приводятся обсуждения действий, которые могли бы быть предприняты на международном, национальном и местном уровнях. В заключение представлены меры по улучшению состояния окружающей среды в Европе.

Факторы риска, связанные с окружающей средой

Признание роли и влияния факторов окружающей среды варьирует в зависимости от группы заболеваний или состояний. Травмы — это та область, где предотвратимые факторы окружающей среды хорошо известны: в их число входят дорожно-транспортные происшествия, падения, непреднамеренные отравления, пожары, затопления и природные катаклизмы (например наводнения, штормы, периоды чрезмерно жаркой или холодной погоды и землетрясения).

Также хорошо известно, что воздействие определенных факторов внешней среды приводит к развитию некоторых онкологических заболеваний. Один из главных распространенных факторов риска, связанных с окружающей средой, — курение, которое является причиной около 70% случаев рака легких во всем мире. Другими связанными с окружающей средой факторами риска рака легкого являются: воздействие радона, воздействие ионизирующего излучения, воздействие асбеста и других химических веществ (например хрома, никеля, кадмия, мышьяка), а также влияние факторов, которые являются канцерогенным в отношении целого ряда онкологических заболеваний, как подробно описано, например, в отчетах Международного агентства по изучению рака.

Влияние канцерогенов было особенно детально представлено в контексте охраны здоровья трудящихся в соответствующем отчете в 2004 году, согласно которому 28 химических и биологических агентов являются веществами с доказанной канцерогенностью, 27 веществ — вероятно канцерогенные и 113 веществ возможно имеют канцерогенное действие (Siemiatycki, Richardson et al. 2004). Информация о профессиональных канцерогенах актуальна также для всей популяции, поскольку канцерогены присутствуют в жизни людей и вне рабочего места, а распространенность их воздействия известна. Для многих других групп заболеваний уже существуют перечни химических веществ с подтвержденным либо предполагаемым негативным влиянием (Lippmann 2009, Prüss-Üstun, Vickers et al. 2011). Например, доказано или подозревается, что воздействие свинца, метилртути, полихлорированных бифенилов (ПХБ), мышьяка, толуола и других химических веществ является причиной задержки когнитивного развития, возникновения болезни Паркинсона и синдрома дефицита внимания. Также растет понимание роли и влияния химических веществ на эндокринную систему человека — вещества, влияющие на гормональные

функции, приводят к развитию опухолей, врожденных аномалий и других нарушений развития.

Всестороннее рассмотрение факторов окружающей среды позволяет понять их общее воздействие на здоровье и определить варианты стратегий и политических решений, которые могут быть реализованы национальными ведомствами или местными органами власти вне сектора здравоохранения (Nriagu 2011). С этой целью Всемирная организация здравоохранения координирует проведение обзора бремени болезней, связанных с конкретными экологическими факторами, включая изменение климата, загрязнение атмосферного воздуха (Ostro 2004), воды (Prüss-Üstun, Bos et al. 2008), санитарно-гигиеническое состояние, содержание свинца (Fewtrell, Kaufmann et al. 2003), ртути (Poulin and Gibb 2008), пассивное курение (Oberg, Jaakkola et al. 2011), шум (ВОЗ 2011a) и ультрафиолетовое излучение солнца (Lucas 2010).

Важно также признать, что более бедные страны и малообеспеченные слои населения подвергаются повышенному риску проживания в неблагоприятных экологических условиях. Оценка, проведенная в 2012 г., показала, что в Европейском регионе ВОЗ, как внутри стран, так и между ними, существует серьезное проявление неравенства в отношении состояния окружающей среды (ВОЗ 2012). В то время как почти во всех странах ЕС имеется нормальное водоснабжение, оно отсутствует у значительной доли населения нескольких бывших советских республик; например, почти 40% сельского населения в Таджикистане испытывают недостаток в качественной воде (ВОЗ 2012). Тем не менее серьезные различия в показателях санитарно-гигиенического состояния окружающей среды наблюдаются и внутри ЕС, важные различия существуют между старыми и новыми государствами-членами; от избыточной плотности населения страдает около 10% популяции в 15 «старых» государствах-членах ЕС и, согласно оценкам, около 47% популяции в 12 «новых» государствах, вошедших в состав ЕС в 2004 и 2007 гг. (ВОЗ 2012). Уровни загрязнения воздуха также сильно различаются, причем страны Западной Европы добились гораздо больших успехов в сокращении выбросов, чем страны Центральной и Восточной Европы. Например, в среднем один легковой автомобиль в Центральной и Восточной Европе может выбрасывать в десять раз большее количество оксидов азота, чем один легковой автомобиль в Западной Европе (Mackenbach, Henschel et al. 2013).

Бремя болезней, связанных с факторами окружающей среды

Анализ бремени болезней, связанных с предотвратимыми факторами, как правило, рассматривает прямое воздействие, которое легко поддается количественной оценке (Ezzati, Hoorn et al. 2003); то же самое справедливо и для анализа влияния факторов окружающей среды. В 2004 г. в рамках показателя глобального бремени болезней, по оценкам, 24% глобального бремени болезней (потерянных лет здоровой жизни) и 23% всех смертей (преждевременной смертности) были связаны с предотвратимыми факторами окружающей среды (Prüss-Üstun and Corvalán 2006). По расчетным данным, за 2010 г. количество потерянных лет жизни с поправкой на инвалидность (ДАЛИ), связанных со всеми изучаемыми детерминантами окружающей среды, за исключением воздействия свинца, снизилось, причем в некоторых случаях — существенно, что привело к снижению позиций большинства из них в рейтинге детерминант здоровья (Lim, Vos et al. 2013). Однако во многих случаях бремя болезней не поддавалось количественной оценке, хотя последствия для здоровья были очевидны. Например, невозможно было количественно определить бремя болезней, связанное с изменением, поврежде-

нием или истощением экосистем. Следовательно, оценка бремени болезней, связанных с факторами окружающей среды, почти наверняка является заниженной.

Несмотря на то, что количественная оценка воздействия факторов окружающей среды имеет решающее значение для мотивации и определения вектора работы специалистов общественного здравоохранения, а также для принятия необходимых мер в отношении факторов окружающей среды в рамках других секторов, этого недостаточно для развития эффективных служб охраны окружающей среды. Помимо оценки текущего бремени болезней необходимо разработать подходы, позволяющие оценить воздействие будущих тенденций. Например, математическое моделирование и его применение для разработки инструментов поддержки принятия решений становится все более важным инструментом для служб охраны окружающей среды. Другие инструменты могут быть заимствованы из области социальных наук, например антропологии.

Основные составляющие служб охраны окружающей среды

В рамках деятельности служб гигиены окружающей среды обычно предполагается выполнение следующих функций (Fitzpatrick and Bonnefoy 1998):

- оценка риска;
- учет и регулирование факторов риска;
- оповещение о риске;
- межсекторное сотрудничество и консультации;
- обучение и повышение квалификации;
- научные исследования.

Эти сферы деятельности служб гигиены окружающей среды постоянно развиваются. Один из последних европейских политических документов - Пармская декларация по окружающей среде и охране здоровья, принятая на Пятой министерской конференции по окружающей среде и охране здоровья в 2010 г., - определил следующие основные проблемы в области окружающей среды и здоровья:

- воздействия климатических изменений на здоровье и окружающую среду, а также воздействия стратегий противодействия изменению климата;
- риски для здоровья детей и других уязвимых групп, обусловленные неблагоприятными условиями окружающей среды, труда и жизни (особенно проблемы в области водоснабжения и санитарии);
- социально-экономические и гендерные неравенства в отношении среды обитания и здоровья человека, усугубленные финансовым кризисом;
- бремя неинфекционных заболеваний (НИЗ) с уделением особого внимания тому, в какой мере это бремя может быть сокращено путем проведения рациональной политики в области городского планирования, транспорта, питания и безопасности пищевых продуктов, а также улучшения экологических условий жизни и труда людей;
- опасения, возникающие в связи с присутствием в окружающей среде стойких загрязнителей, эндокринных разрушителей, биоаккумулируемых вредных веществ и (нано)частиц, а также в связи с новыми и появляющимися проблемами;
- недостаток ресурсов в отдельных частях Европейского региона ВОЗ.

В дополнение к этим новым и возникающим проблемам по-прежнему требуют внимания некоторые традиционные проблемы, связанные с гигиеной окружающей среды. Одной из них являются условия проживания. В XX-ом столетии в Европе были достигнуты значительные успехи в улучшении состояния здоровья населения благодаря изменению в лучшую сторону качества проживания и

уровня жизни в городских поселениях. В XIX веке местные органы власти многих европейских стран организовали кампании по улучшению жилищных условий в ответ на неудовлетворительные условия проживания, характеризовавшиеся перенаселенностью, отсутствием гигиены и недостаточным уровнем санитарии. Помимо традиционных рисков, по-прежнему преобладающих в некоторых странах, появляются и новые факторы риска этой категории. В ЕС из-за бытовых травм, а также травм, полученных во время досуга и занятий спортом, умирают более чем в два раза больше людей, чем от травм в результате дорожно-транспортных происшествий (ДТП) (EuroSafe 2013). В то же время загрязняющие вещества в помещении и плесень приводят к развитию астмы, аллергических реакций и респираторных заболеваний. Имеется все больше фактических данных о многих факторах жилищных условий, которые оказывают неблагоприятное воздействие на состояние здоровья людей. Можно выделить четыре взаимосвязанных компонента — физическая структура дома (или жилого помещения), моральная характеристика дома (психологическая, экономическая и духовная атмосфера, существующая в жилище человека), инфраструктура окружения (физические условия ближайшего окружения жилища) и сообщество (социальная среда, а также население и службы в ближайшем окружении жилища). Каждый из этих отдельных элементов может оказывать прямое или косвенное воздействие на физическое, социальное и психическое здоровье (ВОЗ 2011b).

Одна из сфер вмешательства связана с падениями людей дома. В Беларуси, Кыргызстане и Российской Федерации дети в 22 раза чаще умирают от падений, чем дети в европейских странах с самым низким уровнем смертности — Нидерландах, Соединенном Королевстве и Швеции. Одной из основных причин этих различий является жилье с усовершенствованными конструкциями лестниц и безопасным дизайном окон в странах с более низким уровнем смертности (ВОЗ 2008b). Меры, эффективно снижающие бремя болезней, связанных с условиями проживания, чаще всего являются наиболее экономически эффективными (DiGuseppi, Jacobs et al. 2010). Дымовые пожарные сигнализации являются эффективной мерой для снижения смертности от пожаров в жилых зданиях: в таких домах смертность от подобных травм в два раза ниже, чем в домах, не оборудованных пожарными сигнализациями (ВОЗ 2011b). Однако в целом фактические данные о влиянии улучшения жилищных условий на здоровье населения по-прежнему недостаточны (ВОЗ 2011b).

Во многих европейских странах растет проблема утилизации отходов. Вызывает опасения влияние на здоровье как самих отходов, так и продуктов их утилизации (ВОЗ 2007). Принимая во внимание то, что сложно одновременно охарактеризовать все риски для здоровья, следует рассмотреть вопрос о применении осторожного взвешенного подхода к проблеме, в том числе создание новых объектов и установок утилизации, а также обеспечение снижения вредного воздействия выбросов и процессов выщелачивания на существующих объектах утилизации отходов.

Еще один аспект гигиены окружающей среды — рациональное использование химических веществ. Согласно требованиям химической безопасности вся деятельность, связанная с химическими веществами, должна быть организована таким образом, чтобы обеспечить безопасность здоровья человека и окружающей среды. Она охватывает все химические вещества, природные и полученные в результате производства, а также негативное воздействие их на всех стадиях обращения химических веществ от их естественного присутствия в окружающей среде до их добычи или синтеза, промышленного производства, транспортировки, использования и утилизации.

Воздействие окружающего шума на здоровье человека вызывает растущую обеспокоенность как среди широкой общественности, так и среди лиц, принимающих решения, в Европе. Примеры последствий негативного влияния шума на здоровье включают сердечно-сосудистые заболевания, когнитивные нарушения, нарушение сна, шум в ушах и раздражительность. Было подсчитано, что экологический шум в странах Западной Европы ежегодно приводит к потере 61 000 лет жизни с поправкой на инвалидность (ДАЛИ) в связи с ишемической болезнью сердца, 45 000 ГЖПИ - в связи с когнитивными нарушениями у детей, 903 000 ГЖПИ - в связи с нарушениями сна, 22 000 ГЖПИ - в связи с шумом в ушах и 587 000 ГЖПИ - в связи с раздражительностью (ВОЗ 2011а).

Реестры заболеваний, созданные в нескольких странах, представляют собой ресурс, который можно использовать для лучшего понимания влияния факторов окружающей среды. Существуют также значительные возможности по применению имеющихся знаний по токсикологии для разработки и интерпретации популяционных эпидемиологических исследований.

Антропогенное изменение климата приведет к различным последствиям для здоровья человека, но преимущественно негативного характера (McMichael, Woodruff et al. 2006). Научные данные о характере влияния климатических изменений на здоровье человека непрерывно накапливаются. Службы общественного здравоохранения должны учитывать прогнозируемые последствия изменения климата для здоровья, чтобы планировать свою политику и стратегии на следующие (ближайшие) десятилетия. На сегодняшний день исследования в основном сосредоточены на термическом стрессе, экстремальных погодных явлениях, инфекционных заболеваниях и в меньшей степени — на прогнозируемой урожайности в регионах и распространении голода. Более углубленный подход потребует работы с более широким спектром рисков для здоровья из-за возможности социальных, демографических и экономических сбоев, вызванных изменением климата. Поиск доказательств неблагоприятного воздействия на здоровье и более эффективное прогнозирование будущих тенденций должны укрепить положение превентивной политики и утвердить приоритеты планирования адаптивных стратегий (Leonardi 2010).

Главная задача состоит в том, чтобы оставить будущим поколениям здоровую биосферу. Это требует реализации политик и практик, обеспечивающих устойчивость, а также перехода к экономике, которая потребляет столько, сколько может произвести окружающая среда (McMichael, Smith et al. 2000). Эта проблема является политической (т. е. нацелена на осуществление необходимого перехода на практике) и требует не только действий на местном и национальном уровнях, но также — несмотря на все трудности, связанные с переходом к общей международной концепции сокращения выбросов парниковых газов (Vidal 2011), — поддержки международного сообщества.

Как климат, так и здоровье человека, вероятно, выиграют от перехода к экологически и социально устойчивой модели социально-экономического развития. Изменение климата угрожает здоровью, в то время как многие нездоровые виды деятельности являются углеродоемкими (Отдел устойчивого развития Национальной службы здравоохранения (НСЗ) 2010). Некоторые причины растущего бремени ожирения, например такие, как потребление мяса и других энергоемких продуктов, также имеют ряд негативных последствий для окружающей среды (Neff, Parker et al. 2011). С другой стороны, снижение выбросов парниковых газов за счет снижения использования частных автомобилей и популяризации активного образа жизни (ходьба и езда на велосипеде) положительно сказывается как на климате, так и на здоровье населения. Низкоуглеродные технологии, стра-

тегии и образ жизни характеризуются дополнительной пользой для здоровья, так называемыми «совместными выгодами для здоровья». В некоторых случаях польза для здоровья частично или полностью компенсирует затраты на реализацию этих политик (Haines 2012). Необходимость применения более устойчивой политики также относится к сектору здравоохранения, который является одним из основных источников парниковых газов (Отдел устойчивого развития НСЗ 2008). В рамках усилий по обеспечению функционирования системы здравоохранения общественного здравоохранения может сыграть важную роль в привлечении внимания к проблеме влияния окружающей среды на здоровье (см. главу 8 «Обеспечение функционирования систем здравоохранения»).

Дисциплины в области с гигиены окружающей среды

Как и в других областях общественного здравоохранения, в данной сфере ключевую роль играют профессионалы (см. главу 15 «Развитие кадровых ресурсов общественного здравоохранения»). Согласно данным обзора, опубликованного в 1998 г., было определено более 70 профессиональных категорий, относящихся к сфере гигиены окружающей среды в Европе; среди них: ученые, медицинские специалисты, ученые в области изучения окружающей среды (например эпидемиологи, специалисты в области естественных наук, социологи и эксперты в области гигиены труда) и специалисты-практики (например специалисты в области гигиены окружающей среды, техники и архитекторы) (Fitzpatrick and Vonnefo 1998). Тем не менее за последние 15 лет лишь некоторые из этих специальностей оказались вовлеченными в вопросы окружающей среды. Напротив, растущие ограничения финансовых ресурсов, по-видимому, приводят к снижению вовлеченности необходимых специальностей. Тем не менее службам гигиены окружающей среды по-прежнему необходимы специалисты широкого круга дисциплин и знаний (таблица 6.1).

Таблица 6.1 Области знания, связанные с основными сферами гигиены окружающей среды.

<i>Основная область</i>	<i>Область знаний</i>
Профилактика и контроль несчастных случаев и травм	Прогностическое моделирование сценариев несчастных случаев Управление непредвиденными обстоятельствами и логистикой Восприятие и психология несчастных случаев Экономика несчастных случаев и рисков
Качество воды	Химические особенности питьевой и сточных вод Прикладная гидрология Гидрогеология Науки о море Гидромеханика Технологии водоснабжения и обработки воды Управление сельским хозяйством, производством и энергией
Качество воздуха	Климатология Управление производством и энергией Метеорология Атмосферная химия Атмосферное и климатологическое моделирование
Качество и безопасность продуктов питания	Экономика управления сельским хозяйством Ветеринария Почвоведение Технология производства продуктов питания Системы анализа угроз Укрепление здоровья Биотехнология и геновая инженерия

Таблица 6.1 Продолжение

<i>Основная область</i>	<i>Область знаний</i>
Управление отходами и загрязнение почв	Управление твердыми и жидкими отходами Почвоведение Управление загрязненными территориями и их восстановление Система предотвращения появления отходов
Экология человека и жилищное строительство	Управление строительством Управление в сельской местности Архитектура Городское планирование Строительство и ЖКХ
Здоровье на рабочем месте	Эргономика Безопасность труда Защита окружающей среды Машиностроение Гигиена труда Биотехнология
Энергетика	Моделирование и прогнозирование энергопотребления Методы дистанционного мониторинга и зондирования Географические информационные системы
Управление транспортом	Экономика транспорта и логистики Моделирование транспорта Проектирование моторов Исследование транспортного поведения Исследования безопасности дорожного движения
Планирование землепользования	Планирование городов и пунктов сельской местности Управление открытым пространством Сохранение природы и охрана дикой природы Управление загрязненными территориями Управление сельским хозяйством Управление природными ресурсами и энергетикой
Сельское хозяйство	Растениеводство Животноводство Ветеринария Безопасность химических веществ и пестицидов Морские и рыбохозяйственные науки
Ионизирующее и неионизирующее излучение	Мониторинг естественной фоновой радиации и методы защиты Аудит безопасности атомных электростанций Управление ядерными отходами Радиационный мониторинг Методы прогностического моделирования Методы восстановления загрязненных территорий Прикладные эпидемиологические методы исследования воздействия источников неионизирующего излучения
Контроль шума	Методы оценки воздействия шума Методы изучения раздражительности, вызванной шумом Оценка шумов в жилых кварталах
Туризм и спортивно-оздоровительные мероприятия	Качество воды для купания Контроль досуга Прикладная экология Науки о береговых линиях и устьях рек
Борьба с переносчиками инфекций	Энтомология Паразитология Прикладная зоология Методы борьбы с инфекционными заболеваниями

Источник: Составлено авторами на основе публикации Fitzpatrick and Bonnefoy (1998)

Ввиду большого разнообразия профессиональных категорий, связанных с гигиеной окружающей среды, очевидна необходимость тесного сотрудничества по широкому кругу тематических областей и дисциплин. Также существует явная необходимость в межсекторальном сотрудничестве (см. главу 12 «Межсекторальная работа и учет интересов здоровья во всех направлениях политики»). В случаях развития партнерских отношений между работниками сферы общественного здравоохранения и специалистами-практиками из других секторов, такие отношения способствуют разработке и осуществлению мер, ведущих к снижению бремени болезней, связанных с факторами окружающей среды. Для решения экологических проблем в различных секторах был использован ряд стратегических инструментов (Вставка 6.1).

Вставка 6.1 Стратегические инструменты межсекторальной работы в области гигиены окружающей среды.

В области гигиены окружающей среды реализация межсекторальных действий и принципа «здоровье во всех политиках» возможна при использовании следующих стратегических инструментов:

- **Политические заявления (декларации) на высоком уровне:** позволяют устанавливать совместные цели и развивать сотрудничество между секторами здравоохранения и гигиеной окружающей среды. Примером являются конференции на уровне министров в Европейском регионе ВОЗ.
- **Долгосрочные программы совместных действий:** являются результатом политических заявлений на высоком уровне и влекут за собой коллективную работу и обмен передовым опытом. Примером является Общеввропейская программа по транспорту, окружающей среде и охране здоровья (ОПТОСОЗ).
- **Нормы и стандарты:** национальные и международные нормы, стандарты и законодательство часто основаны на фактических данных сектора здравоохранения. Примером являются руководящие принципы ВОЗ по качеству питьевой воды, качеству воздуха и шуму, которые легли в основу соответствующих директив ЕС.
- **Многосторонние природоохранные соглашения:** часто разрабатываются и внедряются в рамках сектора гигиены окружающей среды. Примером являются Конвенция по охране и использованию трансграничных водотоков и международных озер и Конвенция о трансграничном загрязнении воздуха на большие расстояния.
- **Международные медико-санитарные правила (ММСП):** в настоящее время ММСП включают события, связанные с выбросами химических и радиоактивных веществ, представляющие собой проблему общественного здравоохранения мирового масштаба (см. главу 4 «Основы безопасности здоровья в Европе»).
- **Судебные споры по поводу загрязнения окружающей среды:** часто используются НПО для привлечения внимания к проблемам гигиены окружающей среды. Примером является причисление в Соединенных Штатах выбросов парниковых газов к «загрязнителям» после судебного разбирательства, возбужденного Советом по охране природных ресурсов.

Источник: Dora, Pfeiffer et al. (2013)

Обучение в области гигиены окружающей среды

Обзор учебных программ в 15 государствах-членах ЕС выявил отсутствие общего определения гигиены окружающей среды и консенсуса относительно количества специалистов, в которых нуждаются страны Европы, и специалистов, прошедших подготовку (Public Health Services Gelderland Midden 2011). Это отражает результаты, связанные с общественным здравоохранением в целом (см. главу 15 «Развитие кадровых ресурсов общественного здравоохранения»).

Обучение специалистов, работающих в области гигиены окружающей среды, существенно различается в европейских странах, поскольку отсутствует общая учебная программа. Например, в Финляндии врачи не обучаются дисциплинам в области гигиены окружающей среды и здравоохранения, а изучают только гигиену труда, а вопросами гигиены окружающей среды и здравоохранения занимаются другие специалисты. В Нидерландах в конце 1980-х годов для врачей была введена дисциплина «гигиена окружающей среды», а в 1990-е годы и другие специалисты стали проходить подготовку в области гигиены окружающей среды или биомедицинских наук. В Бельгии в области гигиены окружающей среды работают профессионалы различных специальностей — от психологов до биологов. В Польше был создан Учебный центр по гигиене окружающей среды, однако возникла необходимость в институционализации обучения по вопросам окружающей среды и здравоохранения для врачей общей практики и педиатров (Public Health Services Gelderland Midden 2011).

Цели обучения и набор дисциплин также сильно различаются в разных странах. В одной европейской стране специалисты могут проходить подготовку по токсикологии, но не по коммуникации информации о рисках, в то время как в соседней стране может наблюдаться обратная ситуация. Такие противоречия негативно сказываются на сотрудничестве и обмене специалистами различных стран (Public Health Services Gelderland Midden 2011). Это указывает на наличие значительных возможностей для расширения сотрудничества и гармонизации в Европе как в отношении учебных планов для подготовки специалистов в области гигиены окружающей среды, так и в отношении определений, названий должностей (специальностей) и их функциональных обязанностей, а также регистрации специалистов (Public Health Services Gelderland Midden 2011).

Действия на международном уровне

В области гигиены окружающей среды активно работает множество международных организаций, в связи с чем был разработан ряд международных руководящих принципов, норм и стандартов. Программа ООН по защите окружающей среды (ЮНЕП), созданная по итогам Конференции ООН по проблемам окружающей человека среды 1972 г., координирует действия ООН в области защиты окружающей среды, многие из которых предполагают снижение вредного влияния на здоровье человека. Совместно со Всемирной метеорологической организацией в 1988 г. была создана Межправительственная группа экспертов по изменению климата. После Конференции ООН по устойчивому развитию в Бразилии в 2012 г. (в ознаменование 20-й годовщины Конференции Организации Объединенных Наций по окружающей среде и развитию 1992 г. в Рио-де-Жанейро) Генеральная Ассамблея ООН постановила укрепить и модернизировать ЮНЕП. Среди других учреждений ООН, отвечающих за аспекты, связанные с гигиеной окружающей среды, — Программа развития Организации Объединенных Наций (ПРООН), Продовольственная и сельскохозяйственная организация (ФАО), Международная морская организация (ИМО) и Международная органи-

зация труда (МОТ). Примером действующего многостороннего соглашения является Рамочная конвенция Организации Объединенных Наций об изменении климата. Киотский протокол к этой конвенции устанавливает обязательства по сокращению выбросов парниковых газов в отношении промышленно развитых стран. Хотя протокол был подвергнут критике за недостаточную эффективность в плане сокращения мировых выбросов, он все же может привести к созданию более эффективного документа-преемника.

Европейское региональное бюро ВОЗ организовало несколько министерских конференций по окружающей среде и охране здоровья в рамках процесса, в котором также участвуют другие организации ООН и ЕС. В Пармской декларации по окружающей среде и охране здоровья, принятой на Пятой министерской конференции по окружающей среде и охране здоровья в 2010 г., министры здравоохранения и охраны окружающей среды в Европейском регионе ВОЗ пообещали активизировать усилия по решению экологических и медицинских проблем и установить четкие цели на следующее десятилетие.

В 2003 г. ЕС принял Европейскую стратегию по окружающей среде и охране здоровья, также называемую инициативой SCALE (Science, Children, Awareness, Legal instrument, Evaluation - «Наука, Дети, Осведомленность, Правовой инструмент, Оценка»), а затем План действий по окружающей среде и охране здоровья на 2004–2010 гг. План действий реализуется в настоящее время. Он направлен на предоставление национальным правительствам научно обоснованной информации для снижения неблагоприятного воздействия определенных факторов окружающей среды на здоровье. Примерами надзора за опасностями в масштабах Европы являются мониторинг качества воздуха и воды, проводимый всеми местными органами власти, а также мероприятия, установленные директивами ЕС: Директивой о комплексном предотвращении и контроле загрязнений и Директивой о контроле крупных аварий, связанных с опасными веществами.

Обеспечение безопасности питьевой воды является важной составляющей сферы ответственности служб гигиены окружающей среды во всех европейских странах, а международные учреждения играют важную роль в установлении стандартов и норм. Руководящие принципы ВОЗ по качеству воды представляют собой основу, базирующуюся на превентивном, основанном на оценке риска подходе (ВОЗ 2011с). Эта основа состоит из трех ключевых компонентов: целевые показатели здоровья, установленные компетентным органом здравоохранения, адекватные и надлежащим образом управляемые системы (адекватная инфраструктура, надлежащий мониторинг и эффективное планирование и управление) и система независимого надзора. Такая структура обычно закреплена в национальных стандартах, положениях или руководящих принципах в соответствии с действующими стратегиями, программами и местными обстоятельствами с учетом экологических, социальных, экономических и культурных вопросов и расстановки политических приоритетов. Однако важно подчеркнуть, что загрязнение воды и его воздействие на здоровье людей и целые экосистемы являются лишь одним из аспектов более широкой проблемы устойчивого управления водными ресурсами. Реальная проблема, требующая внимания при изучении того, какие стратегии и политика могут смягчить последствия загрязнения воды, — это нехватка воды на фоне роста потребности в ней, возникающая в результате увеличивающихся объемов потребления воды для производства продуктов питания, товаров и утилизации отходов (Leonardi 2006).

Стандарты качества воздуха являются еще одним важным компонентом политики в области гигиены окружающей среды, которую ведут международные организации. Несмотря на то, что для стран-членов ЕС был принят стандарт

минимального допустимого качества воздуха, национальные стандарты как в ЕС, так и во всем Европейском регионе ВОЗ различаются, поскольку страны применяют разные методы для взаимного уравнивания всех вовлеченных факторов: рисков для здоровья, технологических процессов, экономических вопросов и различных политических и социальных факторов, которые, в свою очередь, зависят, в частности, от уровня экономического развития и национального потенциала в области управления качеством воздуха. ВОЗ опубликовала рекомендации по качеству воздуха как на открытом воздухе (ВОЗ, 1987, 2000, 2006), так и в помещении (ВОЗ 2010). Эти руководящие принципы предназначены для поддержки мероприятий, нацеленных на повышение качества воздуха, которые защищают общественное здоровье с различных точек зрения. Они подчеркивают, что при формулировании политических целей правительствам следует учитывать национальные обстоятельства, прежде чем принимать руководящие принципы в качестве юридически обязательных стандартов. Хотя в последние годы в Европе наблюдается снижение уровня загрязнения воздуха, это связано не только с введением более строгих правил, но также отражает смещение загрязняющих отраслей в страны за пределами Европы, а также последствия глобального экономического кризиса.

Действия на национальном и субнациональном уровнях

Вовлеченным лицам и организациям сектора здравоохранения и других секторов необходимо принять меры для преодоления причин заболеваний, связанных с окружающей средой (Prüss-Ustun and Corvalán 2006). Подходы, необходимые для повышения эффективности работы служб гигиены окружающей среды, включают методы, используемые специалистами в других областях общественного здравоохранения, а также методы, широко используемые в естественных науках. К ним относятся не только основные науки об окружающей среде, такие как химия, физика и геология (применяемые для определения источника и распределения потенциально опасных веществ), но также отдельные специализации инженерных наук, связанные со всем спектром видов деятельности человека, затрагивающих воздух, воду и почву, таких как сельское хозяйство, строительство, производство и транспорт.

Организации местного, регионального и национального уровней, предоставляющие услуги в области гигиены окружающей среды в странах Европейского региона ВОЗ, чрезвычайно разнообразны и включают как государственный, так и частный сектор (Fitzpatrick and Bonnefoy 1998). На местном и национальном уровнях задействован широкий круг заинтересованных сторон (MacArthur 2002). Однако, по-видимому, в последнее время не проводилось обзора организации служб гигиены окружающей среды в Европейском регионе ВОЗ. Помимо государственных учреждений, также существует целый ряд других вовлеченных сторон в области гигиены окружающей среды, включая группы граждан (такие как пострадавшие активисты: например, Осведомленность о СО представляет собой благотворительную акцию, участники которой поддерживают жертв отравления угарным газом и другими продуктами горения), неправительственные организации (НПО), компании (корпорации) и независимых специалистов. Важную роль играют межправительственные организации.

Работа на местном уровне особенно важна для разработки и осуществления мер в области окружающей среды и охраны здоровья, таких как вовлечение сообществ в процессы принятия решений, что, например, имеет место быть в рамках таких инициатив, как «Здоровые города». В целях обеспечения эф-

фективности действий в области окружающей среды и охраны здоровья был определен ряд требований, включая мультисекторальный подход, обязательное участие сообщества и муниципальные мероприятия, поддерживаемые национальными обязательствами и руководством (MacArthur 2002).

Политика в области гигиены окружающей среды должна быть реалистичной и осуществимой, а также учитывать существующие правительственные структуры, рыночную ситуацию, наличие финансирования в государственном секторе, сферу действия законодательства и лоббирование. Стратегии и инструменты, которые могут быть использованы национальными правительствами в Европе для укрепления или реформирования служб гигиены окружающей среды в этом смысле, включают (MacArthur and Bonnefooy 1998):

- применение принципов управления природопользованием к задачам служб гигиены окружающей среды;
- разработку стратегий по созданию политики, оценке ситуации, расстановке приоритетов, планированию, участию общественности и управлению;
- институциональное развитие, включая расположение служб гигиены окружающей среды на наиболее подходящем уровне управления;
- рассмотрение функций служб гигиены окружающей среды с учетом общих целей служб общественного здравоохранения (в том числе вариантов средств правовой защиты, лицензий и мер предосторожности, а также экономических санкций и взысканий);
- использование для служб гигиены окружающей среды механизмов, которые являются частью более широкой экономической и финансовой системы, а также являются различными сочетаниями национальных и местных источников финансирования в Европе;
- оценку эффективности служб гигиены окружающей среды.

Экономические обоснования все чаще становятся неотъемлемой основой всех решений политических деятелей. Однако издержки и выгоды от действий по отношению к окружающей среде (природоохранных мероприятий) часто оказываются в кругу неопределенностей и политических разногласий. Признавая это, в 2013 г. Европейское региональное бюро ВОЗ инициировало создание Сети по вопросам экономики гигиены окружающей среды (EHEN) с целью более эффективного использования имеющихся экономических оснований для принятия решений по окружающей среде и охране здоровья. Хотя преимущества предпринимаемых действий часто трудно представить в количественной форме, уже накоплено достаточно информации о цене бездействия. Например, издержки, связанные с загрязнением воздуха от дорожного движения в ЕС, оцениваются в 25 миллиардов евро в год, тогда как влияние транспортного шума в ЕС приводит к затратам, оцениваемым в 7 миллиардов евро в год (ВОЗ 2013а). Также увеличивается количество доказательств пользы проводимых мероприятий. Например, предоставление доступного теплого жилья с теплоизоляцией и отоплением в Соединенном Королевстве может принести прибыль от инвестиций менее чем через год (ВОЗ 2013а). В рамках решений для города как правило реализуемой является задача по формированию единого комплекса мероприятий и подходов, способных сократить затраты, — это, например, безопасные зеленые территории, безопасное вождение и поощрение ходьбы и езды на велосипеде, которые могут являться составными частями пакета услуг, многократно увеличивая эффективность и обеспечивая беспроигрышные решения для здравоохранения, общества, экономики и окружающей среды (ВОЗ 2013а).

Официальные представители других, не здравоохранных, структур также часто предпочитают, чтобы результаты стратегий, приводящих к улучшению состояния здо-

ровья, представлялись в контексте компетенций их сферы деятельности. Например, правительственные департаменты, отвечающие за жилищный сектор, скорее предпочтут в качестве индикатора только заболевания, на которых положительно отразятся их решения в жилищно-коммунальном секторе на национальном или местном уровне, чем представлять динамику заболеваемости и факторов риска (Braubach, Jacobs et al. 2011). Преимущество такого подхода очевидно при оценке мероприятий в рамках некомплексных локальных решений (Keall, Ormandy et al. 2011).

Оценки влияния окружающей среды являются еще одним важным способом учета воздействия окружающей среды на здоровье (см. главу 13 «Оценка воздействия на здоровье»). Они используются с 1960-х годов и стали обязательными во многих европейских странах. В государствах-членах ЕС в 1985 г. была принята первая директива об оценках влияния на окружающую среду с некоторыми поправками.

Хотя действия на местном и национальном уровнях имеют решающее значение, растет необходимость учитывать влияние глобального уровня политики в области гигиены окружающей среды, в частности ее экологических последствий. Местным службам гигиены окружающей среды необходимо определить приоритетные действия в соответствии с местными стратегиями и потребностями, но при этом учитывать глобальный контекст. Таким образом, спектр служб в области гигиены окружающей среды расширился за пределы непосредственно «окружения человека», включив более отдаленную сферу «экосистемных служб».

Учитывая ограниченность запасов ископаемого топлива, становится все более важным учитывать энергетические потребности различных секторов (энергетика, транспорт, жилье, а также услуги здравоохранения). Мировое производство нефти, вероятно, достигнет своего пика в ближайшем будущем, в то время как спрос продолжит расти, что приведет к увеличению разрыва между спросом и предложением, и это приведет к увеличению стоимости энергии в долгосрочной перспективе.

Одна из важных ролей руководителей и экспертов в области общественного здравоохранения должна будет заключаться в том, чтобы предвидеть возможные последствия для здоровья населения, например вследствие увеличения расходов на здравоохранение, и последовательно в форме прозрачного и понятного диалога с политиками и общественностью обсуждать эти угрозы, при этом особенно деликатно представлять общественности угрозы с высокой степенью неопределенности и недостаточным объемом подтверждающих фактов (Nisbet, Maibach et al. 2011). Местные департаменты общественного здравоохранения испытывают особые проблемы при адаптации к этой новой ситуации, поскольку зачастую они одновременно сталкиваются с ограничением бюджета и ростом потребностей в сфере охраны общественного здоровья, при этом в ходе осуществления многих основных оперативных функций общественного здравоохранения им часто приходится использовать ископаемые виды топлива (Barnett, Parker et al. 2011). Тем не менее всем секторам необходимо будет принять меры для подготовки к послеуглеводородному будущему (Schwartz, Parker et al. 2011). Для этого потребуются разработать соответствующие политические и финансовые меры и стимулы (Greer 2011).

В отношении факторов окружающей среды уже есть опыт использования целого ряда техник и подходов, применяемых в общественном здравоохранении: от ситуационных отчетов (по факту произошедшего случая) до индивидуальных и субпопуляционных исследований (оценивавших эффективности мероприятий). Существующие данные позволяют выделить три основных сценария, лежащих в основе профилактических мероприятий (вставка 6.2).

В первом из этих сценариев проведение профилактических мероприятий для предотвращения неблагоприятного воздействия на здоровье человека представляется

Вставка 6.2 Сценарии, положенные в основу профилактических мероприятий в области охраны окружающей среды.

- Имеющаяся информация является достаточной для обоснования профилактических мероприятий; такие мероприятия реализуются, при этом они являются эффективными, приемлемыми и доступными.
- Имеющейся информации достаточно для обоснования профилактических мероприятий, поскольку существует высокая вероятность положительного влияния на здоровье, а проведение таких мероприятий возможно; при этом не осуществляется реализация эффективных, приемлемых и доступных профилактических мероприятий.
- Доступная информация ограничивается предположениями, что между определенным заболеванием и фактором окружающей среды существует причинно-следственная связь, при этом отсутствуют данные клинического, токсикологического, экологического или какого-либо другого характера для подтверждения гипотезы; в целом этой информации недостаточно для обоснования проведения профилактических мероприятий.

хорошо обоснованным. Примерами, иллюстрирующими спектр возможных действий, являются:

- доступ к улучшенным источникам питьевой воды;
- адаптация землепользования и транспорта под пешеходов и велосипедистов;
- инфраструктура и организационно-политические решения, направленные на поощрение активного передвижения на работе и в свободное время, а также более активный образ жизни в целом;
- постепенное прекращение использования этилированного бензина;
- доступ к более чистой бытовой энергии.

После окончательного согласования и принятия решения о проведении (в заданной местности) мероприятий, службы общественного здравоохранения могут начать создавать информационные системы, необходимые для мониторинга прогресса реализации мероприятий. Экологические факторы можно мониторить с помощью самостоятельных информационных систем либо с помощью инструментов, которые являются частью существующих систем эпиднадзора (см. главу 3 «Мониторинг состояния здоровья населения»). Например, мероприятия по надзору за угрозами обычно не проводятся местной государственной службой здравоохранения, но при этом могли бы быть использованы при обосновании мероприятий, проводимых местными и национальными властями либо другими организациями. К данной категории относится ограниченное количество химических веществ, в том числе несколько «классических» загрязнителей воздуха, таких как SO₂, NO_x, твердые частицы и окись углерода, а также несколько канцерогенов. Целью надзора за этими веществами должна быть минимизация воздействия этих химических веществ, поскольку существуют научные доказательства причинно-следственной связи между воздействием этих веществ и ростом заболеваемости и смертности. Программы надзора за этими химическими веществами в основном направлены на мониторинг их выбросов, что позволяет проводить мероприятия по сокращению таких выбросов, иногда посредством правовых решений (формированием юридической обязанности). Примерами национальных и местных инициатив являются сети пылевого мониторинга (мониторинга пыли) и деятельность национальных и местных природоохранительных агентств, связанная с управлением отходами.

Многие мероприятия, проводимые службами гигиены окружающей среды, столь же экономически эффективны, как и мероприятия, проводимые сектором здравоохранения (Prüss-Üstun and Corvalán 2006). Например, эффективность

контроля экологических детерминант заболеваний оценивалась с точки зрения качества воздуха, сокращения бремени болезней, а также экономических издержек и выгод. Внедрение системы контроля качества воздуха в промышленно развитых странах позволило уменьшить бремя заболеваний сердечно-сосудистой и дыхательной систем при таких малых затратах на каждый год жизни с поправкой на инвалидность, что эти меры контроля были описаны как одни из наиболее экономически эффективных из когда-либо введенных норм. Замена свинца в бензине альтернативным антидетонационным агентом является еще одним примером эффективных мер по снижению доказанного вредного влияния на здоровье человека. С тех пор, однако, стало очевидным, что замена свинца бензолом может привести к другим неблагоприятным последствиям для здоровья, что затрудняет оценку влияния этого действия на общее бремя болезней в целом.

Заключение

В целом функции гигиены окружающей среды не оспариваются, но слишком часто они представляются только в качестве общих заявлений или стратегий без эффективного межправительственного руководства и реализации мер. Деятельность в области гигиены окружающей среды требует сильного государственного и политического руководства (см. главу 16 «Развитие лидерства в общественном здравоохранении»), поскольку в нее вовлечены правительственные структуры здравоохранения, охраны окружающей среды, жилищного хозяйства, транспорта, энергетики и торговли, а также население и частные компании.

Для укрепления гигиены окружающей среды в Европе также важно повысить устойчивость ее служб, обеспечивающих реагирование на угрозы для окружающей среды и здоровья, а также сообществ, которые они обслуживают (ВОЗ 2013b). В соответствии с принципом «все стихийные бедствия начинаются локально», устранение экологических опасностей, таких как изменение климата, требует большей устойчивости местных систем общественного здравоохранения (Barnett, Parker et al. 2011). Это потребует вложения инвестиций в потенциал местного уровня для решения соответствующих задач: коммуникация информации о рисках, обучение, информирование о влиянии рисков и «социальный капитал» (Castleden, McKee et al. 2011; Schwartz, Parker et al. 2011).

Еще одной серьезной проблемой является подготовка к постуглеводородному будущему (Greer 2011). Несмотря на растущее осознание ожидаемого влияния изменения климата на здоровье и возможных политик и стратегий для его устранения (ВОЗ 2003), не хватает информации о том, могут ли данные стратегии действительно быть реализованы и каким образом. Было отмечено, что такой разрыв между политикой и ее реализацией характерен для Соединенного Королевства, но эта проблема, вероятно, относится и ко многим другим европейским странам (Nichols, Maynard et al. 2009). Зачастую ставятся слишком отдаленные цели в области окружающей среды, а обещания и чаяния политиков оказываются недостижимыми.

Национальные и местные службы общественного здравоохранения способны предпринять ряд мер для решения задач в области гигиены окружающей среды. Они могут уменьшить потребление энергии службами общественного здравоохранения и (в более широком контексте) всей системой здравоохранения, модернизировать инфраструктуру здравоохранения и переобучить персонал, обсудить с местными сообществами вопросы устойчивой деятельности по охране окружающей среды и ее пользы для здоровья, также расширить межсекторальное сотрудничество (Barnett, Parker et al. 2011). Необходимо разработать механизмы расстановки приоритетов, при помощи которых можно будет распределять ограниченные

ресурсы, уделяя повышенное внимание профилактике и вопросам экономической эффективности (Barnett, Parker et al. 2011).

В области профилактики НИЗ был разработан ряд политик и стратегий (ВОЗ 2008а), но они мало гармонизированы (интегрированы) с системой управления угрозами окружающей среды для здоровья (Ritsatakis and Makara 2009). Хотя роль факторов окружающей среды часто достаточно ясна, им уделяется гораздо меньше внимания, чем действиям, направленным на изменение индивидуального поведения. Например, ожирение можно устранить не только путем изменения индивидуальных диет, но и, что гораздо более эффективно, путем предоставления здоровых городских ландшафтов, которые включают зеленые зоны, мотивирующие людей выполнять физические упражнения с подтвержденным положительным воздействием на сердечно-сосудистую систему и психическое здоровье (Chow, Lock et al. 2009). Большинство мероприятий, направленных на сокращение выбросов парниковых газов, в том числе в области транспорта, бытовой энергетики, продовольствия и сельского хозяйства, а также на сокращение производства электроэнергии, тоже приносят пользу общественному здравоохранению. Задача общественного здравоохранения состоит в том, чтобы пропагандировать реализацию этих мер как бесприоритетное решение, при помощи которого можно как справиться с изменением климата, так и оказать положительное воздействие на здоровье, что будет более эффективным и социально приемлемым, чем решение данных проблем по отдельности (Haines, McMichael et al. 2009).

Становится все более очевидным, что будущее служб гигиены окружающей среды в Европе потребует объединения подходов и решений для традиционных проблем охраны окружающей среды (связанных непосредственно с условиями жизни людей) и новых вызовов (относящихся к целым экосистемам и биосфере). Это может быть не слишком трудной задачей. Необходимо разработать и реализовать действенную стратегию, основанную на политической поддержке, более эффективной подготовке специалистов в области гигиены окружающей среды, межсекторальном сотрудничестве, участии гражданского общества, четком распределении обязанностей и сильной системе мониторинга и оценки.

Библиография

- Barnett, D. J., C. L. Parker, V. A. Caine, M. McKee, L. M. Shirley and J. M. Links (2011). "Petroleum scarcity and public health: considerations for local health departments." *American Journal of Public Health* 101(9): 1580-1586.
- Braubach, M., D. E. Jacobs and D. Ormandy (2011). *Environmental Burden of Disease Associated with Inadequate Housing: Methods for quantifying health impacts of selected housing risks in the WHO European Region.* [Экологическое бремя болезней, связанных с неудовлетворительными жилищными условиями. Методическое руководство по количественной оценке влияния на здоровье некоторых факторов риска, связанных с жилищными условиями, в Европейском регионе ВОЗ.] Bonn, WHO European Centre for Environment and Health, WHO Regional Office for Europe. [http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/237843/Environmental-burden-of-disease-from-inadequate-housing-Rus.pdf?ua=1 по состоянию на 22 июля 2018 г.].
- Castleden, M., M. McKee, V. Murray and G. Leonardi (2011). "Resilience thinking in health protection." *Journal of Public Health (Oxford)* 33(3): 369-377.
- Chow, C., K. Lock, K. Teo, S. Subramanian, M. McKee and S. Yusuf (2009). "Environmental and societal influences acting on cardiovascular risk factors and disease at a population level: a review." *International Journal of Epidemiology* 38: 1580-1594.
- Costanza, R., I. Kubiszewski, D. Ervin, R. Bluffstone, J. Boyd, D. Brown, H. Chang, V. Dujon, E. Graneek, S. Polasky, V. Shandas and A. Yeakley (2011). "Valuing ecological systems and services." *F1000 Biology Reports* 3: 14.

- Czech, B. (2008). "Prospects for reconciling the conflict between economic growth and biodiversity conservation with technological progress." *Conservation Biology* 22(6): 1389-1398.
- Daly, H. E. (2005). "Economics in a full world." *Scientific American* 293(3): 100-107.
- DiGiuseppi, C., D. E. Jacobs, K. J. Phelan, A. D. Mickalide and D. Ormandy (2010). "Housing interventions and control of injury-related structural deficiencies: a review of the evidence." *Journal of Public Health Management and Practice* 16(5 Suppl.): S34-S43.
- Dora, C., M. Pfeiffer and F. Racioppi (2013). "Lessons from environment and health for HiAP." *Health in All Policies: Seizing opportunities, implementing policies*. K. Leppo, E. Olilla, S. Pena, M. Wismar and S. Cook, Eds. Helsinki, Finnish Ministry of Social Affairs and Health: 255-285.
- EuroSafe (2013). *Injuries in the European Union: Report on injury statistics 20082010*. Amsterdam, EuroSafe.
- Ezzati, M., S. V. Hoorn, A. Rodgers, A. D. Lopez, C. D. Mathers and C. J. Murray (2003). "Estimates of global and regional potential health gains from reducing multiple major risk factors." *The Lancet* 362(9380): 271-280.
- Fewtrell, L., R. Kaufmann and A. Prüss-Üstun (2003). *Lead: Assessing the environmental burden of disease at national and local level*. WHO Environmental Burden of Disease Series, No. 2. Geneva, WHO.
- Fitzpatrick, M. and X. Bonnefoy (1998). *Environmental Health Services in Europe 3: Professional profiles*. WHO Regional Publications, European Series, No. 82. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- Foster, J. (2008). *The Sustainability Mirage*. London, Earthscan.
- Greer, J. (2011). *The Wealth of Nature: Economics as if survival mattered*. Gabriola Island, BC, New Society Publishers.
- Haines, A. (2012). "Sustainable policies to improve health and prevent climate change." *Social Science and Medicine* 74(5): 680-683.
- Haines, A., A. McMichael, K. Smith, I. Roberts, J. Woodcock, A. Markandya, B. Armstrong, D. Campbell-Lendrum, A. Dangour, M. Davies, N. Bruce, C. Tonne, M. Barrett and P. Wilkinson (2009). "Public health benefits of strategies to reduce greenhouse-gas emissions: overview and implications for policy makers." *The Lancet* 374(9707): 2104-2114.
- Jackson, T. (2009). *Prosperity without Growth: Economics for a finite planet*. London, Earthscan.
- Keall, M. D., D. Ormandy and M. G. Baker (2011). "Injuries associated with housing conditions in Europe: a burden of disease study based on 2004 injury data." *Environmental Health* 10: 98.
- Leonardi, G. (2006). "Water contamination: a question of sustainability." *Eurohealth* 12(2): 14-17.
- Leonardi, G. (2010). "Adaptation to climate change." In *Environmental Medicine*. J. G. Ayres, R. M. Harrison, G. L. Nichols and R. L. Maynard, Eds. London, Hodder Arnold.
- Lim, S., T. Vos, A. Flaxman, G. Danaei, K. Shibuya, H. Adair-Rohani, M. Amann, H. Anderson, K. Andrews, M. Aryee and C. Atkinson (2013). "A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010." *The Lancet* 380(9859): 2224-2260.
- Lippmann, M. (2009). *Environmental Toxicants: Human exposures and their health effects*, 3rd edition. New York, Wiley.
- Lucas, R. (2010). *Solar Ultraviolet Radiation: Assessing the environmental burden of disease at national and local levels*. Environmental Burden of Disease Series, No. 17. Geneva, WHO.
- MacArthur, I. and X. Bonnefoy (1998). *Environmental Health Services in Europe 2: Policy options*. WHO Regional Publications, European Series, No. 77. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- MacArthur, I. D. (2002). *Local Environmental Health Planning: Guidance for local and national authorities*. WHO Regional Publications, European Series, No. 95. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- Mackenbach, J., S. Henschel, P. Goodman, S. Medina and M. McKee (2013). "Air pollution." *Successes and Failures of Health Policy in Europe: Four decades of divergent trends and converging challenges*. J. Mackenbach and M. McKee, Eds. Maidenhead, Open University Press: 239-254.

- Max-Neef, M. (2010). "The world on a collision course and the need for a new economy." *Ambio* 39(3): 200-210.
- McMichael, A. J., K. R. Smith and C. F. Corvalán (2000). "The sustainability transition: a new challenge." *Bulletin of the World Health Organization* 78(9): 1067.
- McMichael, A. J., R. E. Woodruff and S. Hales (2006). "Climate change and human health: present and future risks." *The Lancet* 367(9513): 859-869.
- Meadows, D. H., D. L. Meadows, J. Randers and W. W. Behrens (1972). *The Limits of Growth*. New York, Universe Books.
- Neff, R. A., C. L. Parker, F. L. Kirschenmann, J. Tinch and R. S. Lawrence (2011). "Peak oil, food systems, and public health." *American Journal of Public Health* 101(9): 1587-1597.
- NHS Sustainable Development Unit (2008). *NHS England Carbon Emissions: Carbon footprinting report*. London, NHS Sustainable Development Unit.
- NHS Sustainable Development Unit (2010). *Saving Lives, Saving Money, Securing the Future. Sustainability, Health and the NHS Factsheet*. London, NHS Sustainable Development Unit.
- Nichols, A., V. Maynard, B. Goodman and J. Richardson (2009). "Health, climate change and sustainability: a systematic review and thematic analysis of the literature." *Environmental Health Insights* 3: 63.
- Nisbet, M. C., E. Maibach and A. Leiserowitz (2011). "Framing peak petroleum as a public health problem: audience research and participatory engagement in the United States." *American Journal of Public Health* 101(9): 1620-1626.
- Nriagu, J. (2011). *Encyclopedia of Environmental Health*, 5 volume set. Burlington, MA, Elsevier.
- Oberg, M., M. S. Jaakkola, A. Woodward, A. Peruga and A. Prüss-Üstun (2011). "Worldwide burden of disease from exposure to second-hand smoke: a retrospective analysis of data from 192 countries." *The Lancet* 377(9760): 139-146.
- Ostro, B. (2004). *Outdoor Air Pollution: Assessing the environmental burden of disease at national and local level*. Environmental Burden of Disease Series, No 5. Geneva, WHO.
- Poulin, J. and H. Gibb (2008). *Mercury: Assessing the environmental burden of disease at national and local levels*. Environmental Burden of Disease Series, No. 16. Geneva, WHO.
- Prüss-Üstun, A. and C. Corvalán (2006). *Preventing Disease through Healthy Environments: Towards an estimate of the environmental burden of disease*. Geneva, WHO.
- Prüss-Üstun, A., R. Bos, F. Gore and J. Bartram (2008). *Safer Water, Better Health: Costs, benefits and sustainability of interventions to protect and promote health*. Geneva, WHO.
- Prüss-Üstun, A., C. Vickers, P. Haefliger and R. Bertolini (2011). "Knowns and unknowns on burden of disease due to chemicals: a systematic review." *Environmental Health* 10: 9.
- Public Health Services Gelderland Midden (2011). *Training of Professionals in Environment and Health*. Luxembourg, European Commission Directorate General for Health and Consumers.
- Rees, W. E. (2002). "Footprint: our impact on Earth is getting heavier." *Nature* 420(6913): 267-268.
- Ritsatakis, A. and P. Makara (2009). "Gaining health." In *Analysis of Policy Development in European Countries for Tackling Noncommunicable Diseases*. J. L. Farrington, R. Geneau and B. Pettersson, Eds. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- Rockstrom, J., W. Steffen, K. Noone, A. Persson, F. S. Chapin, III, E. F. Lambin, T. M. Lenton, M. Scheffer, C. Folke, H. J. Schellnhuber, B. Nykvist, C. A. de Wit, T. Hughes, S. van der Leeuw, H. Rodhe, S. Sorlin, P. K. Snyder, R. Costanza, U. Svedin, M. Falkenmark, L. Karlberg, R. W. Corell, V. J. Fabry, J. Hansen, B. Walker, D. Liverman, K. Richardson, P. Crutzen and J. A. Foley (2009). "A safe operating space for humanity." *Nature* 461(7263): 472-475.
- Schwartz, B. S., C. L. Parker, J. Hess and H. Frumkin (2011). "Public health and medicine in an age of energy scarcity: the case of petroleum." *American Journal of Public Health* 101(9): 1560-1567.
- Siemiatycki, J., L. Richardson, K. Straif, B. Latreille, R. Lakhani, S. Campbell, M.-C. Rousseau and P. Boffetta (2004). "Listing occupational carcinogens." *Environmental Health Perspectives* 112(15): 1447-1459.
- Spiby, J. (2006). *Developing Competencies in Environmental Public Health: Chemical hazards & poisons report*.

- Vidal, J. (2011). "Brokering a deal to replace Kyoto will take years, EU ministers say." *British Medical Journal* 343: d7963.
- World Health Organization (WHO) (1987). *Air Quality Guidelines for Europe*. WHO Regional Publications, European Series, No. 23. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization (WHO) (1994). *Action Plan for Environmental Health Services in Eastern and Central Europe and the Newly Independent States*. Report on a WHO Consultation, Sofia, Bulgaria, 19-22 October 1993. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. [http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/136227/EUR_ICP_CEH_212A.pdf, по состоянию на 22 июля 2018 г.].
- World Health Organization (WHO) (2000). *Air Quality Guidelines for Europe*, 2nd edition. WHO Regional Publications, European Series, No. 91. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- [http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/74732/E71922.pdf, по состоянию на 22 июля 2018 г.].
- World Health Organization (WHO) (2003). *Climate Change and Human Health: Risks and responses*. Summary. Geneva, WHO.
- World Health Organization (WHO) (2006). *Air Quality Guidelines: Global update 2005*. Particulate matter, ozone, nitrogen dioxide and sulfur dioxide. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization (WHO) (2007). *Population Health and Waste Management: Scientific data and policy options*. Report of a WHO Workshop. Rome, WHO.
- World Health Organization (WHO) (2008a). *2008-2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases*. Geneva, WHO.
- World Health Organization (WHO) (2008b). *European Report on Child Injury Prevention*. [Доклад о профилактике детского травматизма в Европе.] Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. [http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/98744/E92049R.pdf?ua=1, по состоянию на 24 июня 2018 г.].
- World Health Organization (WHO) (2010). *WHO Guidelines for Indoor Air Quality: Selected pollutants*. Copenhagen, WHO European Centre for Environment and Health, WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization (WHO) (2011a). *Burden of Disease from Environmental Noise: Quantification of healthy life years lost in Europe*. Geneva, WHO.
- World Health Organization (WHO) (2011b). *Environmental Burden of Disease Associated with Inadequate Housing: Methods for quantifying health impacts of selected housing risks in the WHO European Region*. M. Braubach, D. E. Jacobs and D. Ormandy, Eds. Bonn, WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization (WHO) (2011c). *Guidelines for Drinking-water Quality*, 4th edition. Geneva, WHO. [http://www.who.int/water_sanitation_health/publications/2011/dwq_chapters/en/index.html, по состоянию на 24 июня 2018 г.].
- World Health Organization (WHO) (2012). *Environmental Health Inequalities in Europe: Assessment report*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. [http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/157969/e96194.pdf?ua=1 по состоянию на 22 июля 2018 г.].
- World Health Organization (WHO) (2013a). *The Case for Investing in Public Health. A public health summary report for EPHO 8*. [Аргументы в пользу инвестиций в общественное здоровье. Краткий доклад по вопросам общественного здравоохранения для ОФОЗ-8] Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. [http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/287763/Case-Investing-Public-Health-RUS.pdf?ua=1, по состоянию на 22 июля 2018 г.].
- World Health Organization (WHO) (2013b). *Health and the Environment in the WHO European Region: Creating resilient communities and supportive environments*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. [http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/248925/HEALTH-AND-THE-ENVIRONMENT-IN-THE-WHO-EUROPEAN-REGION-Creating-resilient-communities-and-supportive-environments-Rus.pdf, по состоянию на 24 июня 2018 г.].

глава 7

Продовольственная безопасность и выбор в пользу здорового питания

*João Breda, Trudy Wijnhoven, Mojca Gabrijelčič,
Louise Sigfrid*

Введение

В последние годы вопросы продовольствия, питания и ожирения привлекают все большее политическое внимание причине того факта, что во многих странах наблюдается сочетание проблем ожирения, недоедания и нехватки продовольствия одновременно. Если в начале XX века основной целью политики в области питания в Европе было предотвращение голода посредством развития сельского хозяйства, то сегодня основное внимание уделяется борьбе с ожирением и недоеданием одновременно. При этом отмечается также необходимость обеспечения экологической и экономической устойчивости производства и потребления продуктов питания. Это тесно взаимосвязано с другими глобальными проблемами, такими как изменение климата, увеличение численности населения и рост потребности в энергии и воде (Global Food Security 2011). В Европейском регионе ВОЗ проблема ожирения растет в одних странах и уменьшается в других. При этом во всех странах и социальных группах наблюдается рост числа людей, страдающих от некачественного питания (включая дефицит питательных микроэлементов). Эти тенденции имеют негативные последствия для здоровья населения, систем здравоохранения и экономики в целом и усугубляются нынешним экономическим кризисом, при котором все больше людей сталкиваются с безработицей и нищетой, а также ростом неравенства в отношении здоровья в некоторых частях Европейского региона ВОЗ.

Для решения этих проблем крайне важно создать условия, способствующие выбору здорового рациона питания на всех этапах жизни, и сделать этот выбор легким, доступным и дешевым. При этом подходы и меры, предлагаемые для удовлетворения растущего спроса на продовольствие, должны быть справедливыми, а также экологически, социально и экономически устойчивыми. Одновременно с этим продовольственные решения должны обеспечивать распространение практики сбалансированного, здорового и безопасного питания, а также сокращение чрезмерного потребления еды и количества пищевых отходов. Для решения этих задач необходимы эффективные стратегии и нормативные положения, а также многопрофильные партнерства, действующие в различных секторах и рамках. В настоящей главе представлена текущая ситуация и предстоящие задачи, а также приводятся примеры существующих сетей, партнерств и передовой практики в странах Европы. В начале главы дается характеристика ключевых актуальных проблем в области продовольствия и питания в Европе,

в том числе проблем продовольственной безопасности, питания и недоедания, ожирения, развития обусловленных вышеперечисленными факторами заболеваний, а также затронуты вопросы устойчивости и расточительства. Далее рассматриваются международные инициативы и стратегии, за которыми следует обзор мер национальной политики. В заключительном разделе обобщаются основные выводы настоящей главы.

Продовольственная безопасность

Всемирная встреча на высшем уровне по проблемам продовольствия 1996 г. определила продовольственную безопасность следующим образом: «Продовольственная безопасность существует тогда, когда все люди в любое время имеют физический, социальный и экономический доступ к достаточному количеству безопасной и питательной пищи, позволяющей поддерживать здоровую и активную жизнь» (ВОЗ 2013b). Важно, что критерием в данном случае является не только количество пищи или покупательная способность, но и питательные качества и безопасность продуктов.

Продовольственная безопасность строится на трех столпах (рис. 7.1):

- **Наличие (еды):** постоянное наличие достаточного количества продуктов.
- **Доступность (продовольствия):** наличие достаточных ресурсов для получения (приобретения) соответствующих продуктов для полноценного питания.
- **Использование (продуктов питания):** надлежащее использование на основе знаний о правильном питании и уходе (заботе), а также надлежащие водоснабжение и санитария.



Рисунок 7.1 Три столпа продовольственной безопасности.

Источник: Global Climate Change and Human Health (2013)

Некоторые из проблем в обеспечении продовольственной безопасности в Европе (Global Food Security 2011) заключаются в следующем:

- демографические изменения и урбанизация;
- изменение климата — увеличение выбросов двуокиси углерода, парниковые газы, температура и экстремальные погодные явления;
- экологическое воздействие сельского хозяйства — увеличение водопользования и землепользования, загрязнение и уменьшение биоразнообразия;
- ограниченные ресурсы для сельского хозяйства с точки зрения земли, пресной воды и энергии;
- социальные и культурные факторы — урбанизация, изменение потребительских нужд, предпочтений и привычек;
- экономические факторы — торговля, земельные и продовольственные рынки.

В более бедных странах Европы нищета затрагивает более половины населения, что может привести к ухудшению продовольственной безопасности и увеличению потребления небезопасных продуктов питания низкого качества (ВОЗ 2008а). Нынешний экономический кризис привел к снижению уровня продовольственной безопасности в нескольких европейских странах, при этом в Греции наблюдается самая неблагоприятная динамика (Global Food Security, 2013 г.).

Стоит отметить, что проблема продовольственной безопасности еще более остро стоит в других регионах мира. В целом в мире от недоедания страдают более 900 миллионов человек, большинство из них живут в Африке к югу от Сахары и в Южной Азии (European Commission 2013d). В некоторых развивающихся странах цены на продукты питания очень высоки и подвержены колебаниям, что значительно снижает доступность продуктов питания для людей с низким доходом. Другими факторами, влияющими на продовольственную безопасность, являются: гражданская война, стихийные бедствия, политическая нестабильность и урбанизация, а также готовность страны реагировать на эти факторы (Global Food Security 2013). На Всемирном продовольственном саммите в Риме в 1996 г. перед лидерами была поставлена цель сократить число голодающих в мире до 400 млн. к 2015 г. Эта задача, скорее всего, не будет решена. Тем не менее определенные успехи были достигнуты, в основном за счет сокращения масштабов нищеты и внедрения инноваций, которые улучшают доступ на рынки, повышают способность домашних хозяйств покупать продовольствие, а также повышают доступность более питательных зерновых культур. Это свидетельствует о том, что продовольственная безопасность может быть достигнута при условии проведения надлежащей международной и национальной политики в области сельского хозяйства и экономического развития (Global Food Security 2013).

Недоедание (несбалансированное питание)

Вопросы питания в сфере общественного здравоохранения можно определить как «продвижение и поддержание здоровья и благополучия населения, связанных с питанием, посредством организованных усилий и осознанного выбора общества» (Gibney, Margetts et al. 2004). Недоедание развивается, когда организм не получает нужного количества энергии, белка, витаминов и других питательных веществ, необходимых для поддержания здоровья и нормальной работы органов. Недоедание испытывают не только люди, которые явно слишком мало едят, — от него могут страдать и люди с избыточным весом и ожирением. По расчетным данным, в Европе около 33 миллионов человек подвержены риску недоедания, в том числе беременные женщины, пожилые люди, люди с хроническими заболеваниями, а также социально изолированные и бедные люди (ВОЗ/ЮНИСЕФ, 2006).

Многие дети в Европейском регионе ВОЗ, в частности в некоторых странах Центральной Азии, страдают от дефицита питательных микроэлементов, таких как йод, железо и витамин А. Это объясняется низкой доступностью сбалансированного и надлежащего питания (в том числе свежих фруктов и овощей), слабой реализацией программ по обогащению питательных продуктов химическими питательными добавками (например йодирование соли), а также низким уровнем осведомленности населения, особенно в вопросах здорового питания для детей грудного и раннего возраста (Rokx, Galloway et al. 2002). Дефицит железа является наиболее распространенным дефицитом питательных веществ у детей во всем мире. Около 11 миллионов детей в возрасте до 5 лет в Европе (22% от общего числа) страдают анемией (ВОЗ 2008b). Еще одной проблемой во многих европейских странах стали низкие показатели исключительно грудного вскармливания в течение 6 месяцев (Rokx, Galloway et al. 2002; Cattaneo, Yngve et al. 2005). Кроме того, в Европе растет озабоченность в отношении проблемы недоедания в больницах и домах престарелых, в связи с чем все чаще звучат призывы к повышению осведомленности и обучению медицинских работников распознаванию признаков недоедания. Как выяснилось, в Европейском Союзе (ЕС) 10% людей в возрасте старше 65 лет и почти треть пациентов в больницах и домах престарелых подвержены риску недоедания (Stratton, Green et al. 2003; Ljungqvist, van Gossum et al. 2010).

Недоедание является серьезной проблемой с отдаленными последствиями, к которым относятся сложности в обучении у детей и молодежи (WHO/UNICEF 2006). Голод может привести к нарушению иммунного ответа, что в свою очередь ведет к повышенному риску развития инфекционных заболеваний, плохому заживлению ран, задержке восстановления после болезни, а также более длительной госпитализации (Kondrup, Johansen et al. 2002). Европейский альянс по вопросам питания в интересах здоровья сообщает, что в среднем пациенты, страдающие от недоедания, остаются в больнице на три дня дольше, чем пациенты, которые питаются адекватно. В то же время за шесть месяцев на одного человека с проблемами в питании приходится дополнительно 1128 евро из ресурсов здравоохранения по сравнению с пациентами, имеющими полноценное питание (European Nutrition for Health Alliance 2013). Только в ЕС затраты, связанные с недоеданием, составляют 120 миллиардов евро в год (Ljungqvist, van Gossum et al. 2010).

Ожирение

В Европе также наблюдается и увеличение бремени ожирения. В Европейском регионе ВОЗ растущее потребление продуктов, богатых солью, сахаром, насыщенными и трансжирными кислотами, приводит к несбалансированному высококалорийному питанию, что вызывает развитие неинфекционных заболеваний, связанных с питанием, таких как сердечно-сосудистые заболевания, диабет, некоторые формы рака, а также проблемы с психическим здоровьем (ВОЗ 2003; McElroy, Kotwal et al. 2004; Solfrizzi, Frisardi et al. 2011). Все это приводит как к сокращению продолжительности жизни (после превышения предельного порога избыточного веса значительно возрастает смертность), так и к снижению качества жизни. Кроме того, затраты на решение проблемы избыточного веса и ожирения являются непомерными не только для отдельных людей, но и для общества и экономики в целом (IOTF/EASO, 2002).

В 46 из 53 стран Европейского региона ВОЗ распространенность избыточного веса и ожирения среди взрослого населения превышает 50% (ВОЗ 2007, 2012a). Аналогичные показатели наблюдаются во всех странах ЕС, где более

половины взрослого населения имеют избыточный вес или страдают ожирением; в среднем ожирение отмечается почти у каждого пятого жителя (17%). Распространенность ожирения среди взрослых колеблется в диапазоне от 1 из 12 жителей в Румынии и Швейцарии до более чем 1 из 4 в Венгрии и Соединенном Королевстве, при этом стоит отметить, что некоторые из этих различий могут быть обусловлены разными методологиями сбора данных. Хотя средние показатели ожирения у мужчин и женщин практически не различаются, в отдельных странах отмечается различие — в Исландии, на Мальте и в Норвегии ожирением чаще страдают мужчины, а в Венгрии, Латвии и Турции – женщины (OECD 2012a). Распространенность ожирения среди детей также растет во многих странах (см. ниже информацию об инициативе ВОЗ по эпиднадзору за детским ожирением (COSI)).

Нынешние тенденции свидетельствуют о том, что средний индекс массы тела как среди взрослых, так и среди детей продолжит расти в ближайшие годы по всей Европе. В некоторых странах заболевания, связанные с ожирением и избыточным весом, распространены среди бедных и менее образованных людей, что в свою очередь способствует увеличению неравенства в отношении здоровья (OECD 2012b).

Причины роста ожирения в основе своей являются низкий уровень физической активности в обществе и недостаточная распространенность здорового питания, что в свою очередь обусловлено социальными, культурными, технологическими, экономическими и политическими факторами, такими как глобальная продовольственная система (см. главу 6 «Гигиена окружающей среды») и ее растущей зависимостью от переработанных и калорийных продуктов питания (Bock, Atzel et al. 2012). Среда, порождающая ожирение (Swinburn, Egger et al. 1999), обусловлена спорными решениями в вопросах городского планирования, а также экономическими факторами и технологическими разработками. Для снижения бремени ожирения необходимо создать среду, которая способствует выбору здорового питания на всех этапах жизни (ВОЗ 1986, 2004, 2013d). Профилактика в раннем возрасте может быть нацелена сразу на несколько факторов риска и увеличивать выгоду и эффективность с точки зрения затрат, как, например, в случае поощрения грудного вскармливания и надлежащего дополнительного питания. Проблема избыточного веса и ожирения не только сложна, но и комплексна (Rutter 2011), поэтому она нуждается в комплексных социальных и политических решениях. Поскольку причинные факторы варьируют от экологических, образовательных, технологических до культурных и поведенческих, для эффективного управления ими требуются многопрофильные и межсекторальные решения (см. главу 12 «Межсекторальная работа и учет интересов здоровья во всех направлениях политики»), включая общегосударственный подход и оценку воздействия политики на здоровье за пределами сектора здравоохранения (см. главу 13 «Оценка воздействия на здоровье»). В частности, необходима прочная нормативно-правовая база, в том числе эффективные меры по надлежащему мониторингу ожирения, улучшению школьного питания и снижению воздействия на детей рекламы продуктов с высоким содержанием жиров, сахара и соли. Одновременно с этим на местном уровне нужны мероприятия, которые включали бы планирование решений по эффективному изменению окружающей среды, которая не способствует распространению физической активности и здорового режима питания. Профилактика ожирения является бесприоритетным решением и должна выдвигаться на передний план национальной и международной политики в области здравоохранения.

Заболевания пищевого происхождения и другие угрозы

Заболевания пищевого происхождения являются значительным бременем и проблемой для общественного здравоохранения. Сальмонеллез и кампилобактериоз являются наиболее распространенными из них в Европе. Заболевания пищевого происхождения могут также возникать в результате использования пестицидов, лекарственных средств или токсических (по природе своей) веществ в продуктах питания (см. главу 6 «Гигиена окружающей среды»). Вследствие глобализации продовольственных рынков, изменения климата и увеличения числа международных поездок в Европе появился риск возникновения новых вспышек заболеваний пищевого происхождения. Устойчивость к противомикробным препаратам является смежной проблемой, обусловленной в том числе и широким использованием антимикробных препаратов в сельском хозяйстве и животноводстве. Развитие мировой торговли и межстрановых транспортных сообщений приводит к быстрому распространению (с людьми и продуктами питания) устойчивых к противомикробным препаратам микроорганизмов (ВОЗ 2013а). Последствия влияния химических веществ в продуктах питания представляют отдельную проблемную область для общественного здравоохранения, а пищевая аллергия является еще одной растущей проблемой (ВОЗ 2008а).

Вспышка губчатой энцефалопатии крупного рогатого скота (ГЭКРС) в 1980-х и 1990-х годов. подчеркнула роль и степень влияние решений, принятых в других секторах, на здоровье человека, а также продемонстрировала важность сохранения доверия общественности к директивным органам. Недостаточные действия в области сельскохозяйственной практики и политики, а также трудности, влияющие на сельскохозяйственный сектор, привели к тому, что ГЭКРС начала передаваться от коров людям как новое смертельное заболевание (новый вариант болезни Крейтцфельда — Якоба) (McKee, Lang et al. 1996). Данный пример иллюстрирует насколько важная роль принадлежит общественному здравоохранению и сектору здорового питания в обеспечении реализации общегосударственного подхода при разработке сельскохозяйственной, продовольственной и других политик (Lock, Gabrijelčić Blenkus et al. 2003).

Устойчивость и расточительство

Другая проблема заключается в том, что нынешняя глобальная продовольственная система может порождать неравенства, которые создают трудные задачи в области экологии, такие как принятие адекватных решений в условиях растущего населения и растущего спроса на продовольствие, энергию и воду. В таком контексте проблема пищевых отходов становится все более очевидной (ФАО 2013b). Около трети производимых в мире продуктов питания пропадает или выбрасывается, в то время как более одного миллиарда человек во всем мире страдают от недоедания. Пищевые отходы не только служат напоминанием о вопиющей социальной несправедливости, но и представляют собой существенную потерю ресурсов, таких как земля, вода, энергия и труд. Только в ЕС около 90 миллионов тонн продовольствия, или 180 кг на человека, выбрасываются каждый год, при этом большая часть этих продуктов по-прежнему пригодна для потребления человеком (Европейская комиссия 2011b). Пищевые отходы образуются на каждом этапе производственно-бытовой цепочки, а также на этапе потребления. Некоторые из них обусловлены законодательством и торговыми рынками, некоторые — предпочтениями и привычками потребителей. Европейское агентство по окружающей среде стремится сократить вдвое уничтожение съедобных продуктов питания в ЕС к 2020 г. благодаря совместным

усилиям фермеров, пищевой промышленности, розничных торговцев и потребителей посредством более ресурсосберегающих методов производства и более адекватного и устойчивого выбора продуктов питания (Европейское агентство по окружающей среде 2012).

Международная политика и инициативы

Несколько международных организаций оказывают в Европе поддержку действиям, направленным на повышение продовольственной безопасности и обеспечение безопасного, здорового и полноценного питания на устойчивой и справедливой основе. К их числу относятся, в частности, Европейское региональное бюро ВОЗ и ЕС со своими службами (DG SANCO) и специализированными органами: Европейским управлением по безопасности пищевых продуктов и Европейским центром профилактики и контроля заболеваний (ECDC). Все эти службы и учреждения являются лидерами в разработке ряда стратегий и налаживании партнерских отношений с заинтересованными сторонами по всей Европе. Общественное здравоохранение играет важную роль, предоставляя для этих стратегий необходимую информацию и ресурсы: результаты экспертиз, научных исследований, потенциал в просветительской деятельности, наблюдении, мониторинге и оценке.

Всемирная организация здравоохранения

Всемирная организация здравоохранения разработала несколько рамочных программ и планов действий для решения проблем, связанных с неинфекционными заболеваниями (НИЗ), питанием, безопасностью продуктов питания и продовольственной безопасностью. В продолжение первого плана действий по политике в области пищевых продуктов и питания в Европейском регионе на 2000–2005 гг. ВОЗ приняла второй план действий на 2007–2012 гг. (ВОЗ 2008a) с целью снижения распространенности НИЗ, связанных с питанием, обращения вспять тенденции к ожирению среди детей и подростков, снижения распространенности дефицита питательных микроэлементов и уровня заболеваемости пищевого происхождения. Предусматриваемые меры по достижению этих целей включают (ВОЗ 2008a):

- содействие здоровому началу жизни;
- обеспечение устойчивого снабжения безопасными здоровыми пищевыми продуктами;
- просвещение потребителей и предоставление им исчерпывающей информации;
- оказание комплексного воздействия на смежные детерминанты (например проблема физической активности и потребления алкоголя; качество и безопасность воды и другие экологические факторы);
- усиление роли сектора здравоохранения в улучшении качества питания и повышении безопасности пищевых продуктов;
- мониторинг, оценка и исследования.

В плане действий также рекомендовано принять цели в области питания населения в соответствии с рекомендациями ВОЗ и Продовольственной и сельскохозяйственной организацией Объединенных Наций (ФАО) (вставка 7.1).

В 2012 г. ВОЗ также опубликовала руководство по стратегиям профилактики снижения уровня детского ожирения, в котором освещены примеры наилучшей практики применения популяционных подходов (рисунок 7.2) (ВОЗ 2012b).

Вставка 7.1 Цели в области питания населения в соответствии с рекомендациями ВОЗ и ФАО

- < 10% от ежедневного потребления энергии из насыщенных жирных кислот;
- < 1% от ежедневного потребления энергии из трансжирных кислот;
- < 10% от ежедневного потребления энергии из свободных сахаров;
- ≥ 400 г фруктов и овощей в день;
- < 5 г соли в день.

Источник: Paris and Polton (2008)

Структуры поддержки политики и мероприятий	Политика и инициативы среди населения	Общественные мероприятия
<ul style="list-style-type: none"> • Лидерство • Здоровье во всех направлениях политики • Целевое финансирование для укрепления здоровья • Системы мониторинга НИЗ • Кадровый потенциал • Сети и партнерства • Стандарты и руководящие принципы 	<ul style="list-style-type: none"> • Ограничения на рекламу нездоровых пищевых продуктов и напитков, ориентированную на детей • Маркировка питания • Продовольственные налоги и субсидии • Стимулирование потребления фруктов и овощей • Популяризация физической активности • Кампании социальной рекламы 	<ul style="list-style-type: none"> • Многокомпонентные общественные мероприятия • Службы по уходу за детьми в раннем возрасте • Начальные и средние школы • Другие общественные службы

Рисунок 7.2 Популяционные подходы к профилактике развития ожирения у детей.

Источник: ВОЗ (2012b)

На министерской конференции по вопросам питания и неинфекционных заболеваний в Вене в июле 2013 г. в контексте политики Здоровье-2020 министры здравоохранения и представители государств-членов Европейского региона ВОЗ подтвердили свою приверженность существующим европейским и глобальным рамочным программам действий по устранению важных факторов риска развития НИЗ, в частности нездорового питания и недостаточной физической активности. Министры признали, что здоровое питание может способствовать достижению глобальных целей в отношении НИЗ, принятых 66-й сессией Всемирной ассамблеи здравоохранения, включая достижение к 2025 г. относительного сокращения на 25% преждевременной смертности от НИЗ. Они также признали важность многосекторальных действий и потенциала системы здравоохранения, всеобщего охвата услугами здравоохранения и научно-обоснованных методов профилактики и лечения НИЗ в рамках всеобъемлющих и комплексных национальных стратегий.

Основываясь на новой европейской рамочной политике Здоровье-2020, страны договорились содействовать решительным мерам по профилактике и борьбе с избыточным весом, ожирением и недостаточным питанием. Данные меры подразумевают поддержку продовольственных систем, которые поощряют здоровое питание, являются устойчивыми и обеспечивают справедливость. При разработке политик и стратегий правительства следует предусматривать следующие их компоненты: производство, потребление, маркетинг, обеспечение на-

личия и доступности продуктов питания, экономические меры и мероприятия в области образования с учетом культурных аспектов питания. Государства-члены договорились определить приоритетными пять областей действий (ВОЗ 2013d):

- создание среды, благоприятной для потребления здоровых пищевых продуктов и напитков, и популяризация физической активности во всех группах населения;
- содействие улучшению показателей здоровья за счет сбалансированного рациона питания на всех этапах жизни, особенно в наиболее уязвимых группах населения;
- усиление потенциала систем здравоохранения по укреплению здоровья и предоставлению услуг, касающихся профилактики и лечения НИЗ;
- поддержание осуществления мероприятий эпиднадзора, мониторинга, оценки и изучения распространенности здорового питания и пищевых привычек в обществе;
- укрепление стратегического руководства, альянсов и сетей и расширение прав и возможностей местных сообществ участвовать в деятельности по укреплению здоровья и профилактике заболеваний.

На Венской министерской конференции высокий уровень потребления соли был определен в качестве одного из основных факторов риска развития высокого артериального давления, повышающего риск развития инсульта, сердечно-сосудистых заболеваний и заболеваний почек. Исследования показали, что уменьшение потребления соли до менее 5 г в сутки снижает риск развития инсульта на 23%, а сердечно-сосудистых заболеваний — на 17% (ВОЗ 2013с). Тем не менее среднее потребление соли в Европе оценивается примерно в 8–11 г, что намного превышает рекомендуемые нормы. Учитывая доказанную сильную взаимосвязь между потреблением соли и развитием гипертонии, ВОЗ разработала целевой показатель в рамках всеобъемлющего набора из девяти добровольных глобальных целевых показателей и 25 индикаторов для мониторинга и оценки прогресса в реализации стратегий по сокращению бремени НИЗ. Этот целевой показатель предполагает уменьшение потребления пищевой соли на 30% к 2025 г. (ВОЗ 2013с).

Европейская инициатива ВОЗ по эпиднадзору за детским ожирением

При решении задач общественного здравоохранения всегда возникает вопрос создания надежных систем сбора данных, мониторинга и эпиднадзора, для обеспечения временных и межстрановых сравнений и своевременного выявления важных трендов (см. главу 3 «Мониторинг состояния здоровья населения»). Так, в области проблемы ожирения была создана комплексная Европейская система эпиднадзора, возглавляемая Европейским региональным бюро ВОЗ, получившая название Европейской инициативы по эпиднадзору за детским ожирением (COSI). Эта инициатива направлена на регулярную оценку тенденций в отношении избыточного веса и ожирения у детей младшего школьного возраста (от 6 до 9 лет) для лучшего понимания масштабов данной проблемы в этой группе населения и обеспечения возможности проведения межстрановых сопоставлений в Европейском регионе ВОЗ. Данные, полученные от стран, которые до настоящего времени принимали участие в COSI, свидетельствуют о высокой распространенности избыточного веса и ожирения среди детей в возрасте от 6 до 9 лет, а также о различиях между странами; при этом самая высокая распространенность отмечается в странах Южной Европе (вставка 7.2).

Вставка 7.2. Отдельные результаты реализации Европейской инициативы ВОЗ по эпиднадзору за детским ожирением

Первый этап сбора данных состоялся в 2007/2008 учебном году с участием 13 стран: Бельгия (Фламандский регион), Болгария, Ирландия, Италия, Кипр, Латвия, Литва, Мальта, Норвегия, Португалия, Словения, Чешская Республика и Швеция. Распространенность избыточного веса варьировала от 19% до 49% среди мальчиков и от 18% до 43% среди девочек, в то время как распространенность ожирения варьировала от 6% до 27% среди мальчиков и от 5% до 17% среди девочек (по данным ВОЗ за 2007 г.).

Второй этап сбора данных был проведен в 2009/2010 учебном году в 15 странах. Было установлено, что распространенность ожирения среди детей растет во многих странах, и только в некоторых странах отмечалась стабилизация значения показателя. Распространенность избыточного веса (включая ожирение) варьировала от 18% до 57% среди мальчиков и от 18% до 50% среди девочек; 6–31% мальчиков и 5–21% девочек страдали ожирением.

Источник: Wijnhoven, van Raaij et al. (2013)

В период с 2008 по 2011 г. Европейское региональное бюро ВОЗ и Европейская комиссия также реализовали совместный проект под названием «Мониторинг прогресса в области улучшения питания, физической активности и профилактики ожирения в Европейском Союзе» (ВОЗ, 2008–2011 гг.), который подчеркнул необходимость мониторинга, эпиднадзора, а также реализации политики, планов действий и обмена передовым опытом. В рамках проекта были определены четыре приоритетные области:

Эпиднадзор

- состояние питания, пищевые привычки, физическая активность или отсутствие активности
- осведомленность, знания, отношение и другие формы поведения

Национальные стратегии и практики

- директивные документы по вопросам продовольствия и питания, физической активности и ожирения
- меры по реализации политики: программы, законодательство, государственно-частные партнерства и волонтерские мероприятия

Выделение успешных инициатив

- национальные, региональные и местные программы
- профилактические мероприятия в различных службах (например в школах, сообществах, на производстве, в сфере первичной медико-санитарной помощи и больницах)

Ход реализации

- включая прогресс в выполнении ключевых обязательств, содержащихся в Европейской хартии по борьбе с ожирением, Европейском плане действий ВОЗ в области пищевых продуктов и питания, а также Венской декларации по питанию и неинфекционным заболеваниям в контексте политики Здоровье-2020.

Европейский союз

ЕС сделал значительный шаг в направлении сотрудничества с развивающимися странами для решения проблем продовольственной безопасности и безопасности питания в 2010 г., приняв рамочную программу ЕС по обеспечению продовольственной безопасности (Европейская комиссия 2013a). В рамочной программе выделены приоритеты для ЕС и его государств-членов, включая реализацию плана действий, связанного с шестью приоритетами к 2020 г.:

- поддержка эффективного управления;
- поддержка региональной политики в области сельского хозяйства и продовольственной безопасности;
- повышение устойчивости малых хозяйств и уровня жизни сельского населения;
- укрепление механизмов социальной защиты в целях обеспечения продовольственной безопасности и питания, особенно в отношении уязвимых групп населения;
- улучшение питания, особенно матерей, младенцев и детей;
- укрепление координации между субъектами, занимающимися вопросами развития и гуманитарной деятельностью, в целях содействия обеспечению устойчивой продовольственной безопасности и безопасности продуктов питания.

Стремясь активизировать свои усилия по борьбе с голодом, отсутствием продовольственной безопасности и недоеданием в мире, в 2013 г. ЕС также принял новую политику по улучшению питания матерей и детей, которая направлена на уменьшение заболеваемости, смертности и препятствий для роста, вызванных недостаточным питанием. Новая политика также предусматривает более активное сотрудничество с частным сектором, который, как ожидается, внесет свой вклад в такие мероприятия, как обеспечение безопасности пищевой продукции, обогащение пищевых продуктов минералами и витаминами, а также повышение осведомленности посредством социального маркетинга (Европейская комиссия 2013c).

Единая сельскохозяйственная политика Европейского союза (ЕСХП), реализуемая с 1962 г., включает в себя систему сельскохозяйственных субсидий и другие программы. В то время как эта политика защищала европейское сельское хозяйство и помогала обеспечить доступ населения ЕС к безопасному и относительно доступному продовольствию, способствуя защите от голода, она подвергалась критике в связи с затратами, неравенством в распределении субсидий, а также экологическими и гуманитарными последствиями. Утверждалось также, что субсидии ЕС европейским фермерам равнозначны несправедливой конкуренции в глобальном масштабе, препятствующей развивающимся странам в равной степени конкурировать на европейских рынках. Работники общественного здравоохранения также подвергали ЕСХП критике за то, что она не учитывала аспекты здоровья, хотя сельскохозяйственная продукция оказывает существенное влияние на характер (рацион) питания. В свете этих замечаний ЕСХП была реформирована в 2013 г.: в нее были внесены положения, включающие более справедливое распределение ее бюджета между государствами-членами, укрепление антикризисного управления и резервов, а также сосредоточение на «зеленом сельском хозяйстве». Политика подразумевала обеспечение выплат, связанных с применением экологически чистых методов ведения сельского хозяйства, таких как диверсификация культур, поддержание постоянных пастбищ, сохранение территорий, представляющих экологический интерес, а также поддержка органического земледелия (Европейская комиссия 2013b).

В 2007 г. Европейская комиссия опубликовала стратегию по решению вопросов питания, избыточного веса и ожирения (Европейская комиссия 2007), в рамках которой были созданы группы партнерства между государствами-членами, частным сектором и гражданским обществом для обмена идеями и принятия добровольных обязательств. Однако оценка стратегии показала, что несмотря на определенный прогресс в достижении целей, использованный подход является слишком мягким, и что необходимо принять более жесткие меры (например более строгое регулирование), которые были бы действительно эффективными в борьбе с избыточным весом и ожирением (PHEIAC 2013). В феврале 2014 г. ЕС принял План действий по борьбе с детским ожирением на 2014–2020 гг.

В 2008 г. ЕС также разработал общую рамочную программу ЕС по сокращению потребления соли, цель которой – оказание содействия в сокращении потребления соли на популяционном уровне в целях выполнения национальных рекомендаций или рекомендаций ВОЗ.

Другие международные структуры

ФАО и Всемирная торговая организация (ВТО) также являются крупными международными организациями, которые играют определенную роль в обеспечении продовольственной безопасности и питания во всем мире и в Европе. ФАО является межправительственной организацией, в которую входят 194 государств-членов и одна организация — ЕС. Главная ее цель заключается в обеспечении постоянной доступности для людей безопасного качественно питания, достаточного для активной и здоровой жизни. ФАО заявляет, что рост в сельскохозяйственном секторе является одним из наиболее эффективных средств сокращения масштабов нищеты и достижения продовольственной безопасности. В мире имеется необходимый потенциал для производства продовольствия в количестве достаточном, чтобы обеспечить всех полноценным питанием. Тем не менее, несмотря на прогресс, достигнутый за последние десятилетия, 870 миллионов человек по-прежнему страдают от хронического недоедания (ФАО 2013а). ФАО проводит обзоры и предоставляет важную информацию о пищевых продуктах, сельском хозяйстве и природных ресурсах, а также играет роль связующего звена, работая с различными партнерами-экспертами и содействуя диалогу между теми, кто обладает знаниями, и теми, кто в них нуждается (ФАО 2013а).

ВТО, насчитывающая 159 государств-членов, является Всемирной торговой организацией и форумом, на котором правительства ведут переговоры по торговым соглашениям и разрешают споры. ВТО осуществляет надзор за глобальной системой торговых соглашений; в 1994 г. она провела переговоры по сельскохозяйственному соглашению, что стало важным шагом на пути к развитию более справедливой конкуренции и снижению торговых диспропорций сектора. Правительства государств-членов договорились работать над улучшением доступа к рынкам и сокращением субсидий в сельском хозяйстве, приводящих к торговым диспропорциям (ВТО 2013). Вместе с тем ВТО подверглась резкой критике за установление торговых интересов выше здоровья, а также за закрытость информации и дисбаланс сил в процедурах урегулирования споров.

Меры национальной политики

Министерства здравоохранения играют ведущую роль в разработке политики в области продовольственной безопасности, здорового питания и борьбы с ожире-

нием, а также в привлечении других партнеров и секторов, в частности сельского хозяйства, социальной защиты, защите прав потребителей и образования. На национальном уровне политика в области питания находится на разных этапах развития в Европе. Некоторые страны все еще на начальном этапе, в то время как другие уже вышли на уровень межсекторального комплексного подхода, включают профилактику ожирения в свои стратегии общественного здравоохранения, реализуют общегосударственный подход и подход «здоровье во всех стратегиях». К числу важных министерств, не относящихся к сектору здравоохранения, относятся министерства образования, социальной защиты, социальных услуг, транспорта и планирования, сельского хозяйства, окружающей среды и финансов.

Правительства в состоянии помочь людям изменить образ жизни, сделав возможности здорового питания более распространенными или сделав существующие возможности питания менее дорогими, а нездоровые — менее доступными и более дорогими. Они должны сбалансировать меры, направленные на информирование общественности, с мерами, регулирующими продовольственную среду, включая использование ценовой политики и ограничений на сбыт. Последние, как правило, более эффективны, но порождают противодействие со стороны влиятельных корпораций, так как затрагивают их интересы (OECD 2012b). Независимо от того, какой подход используется (или в какой комбинации), растет признание важности управления, четкого руководства и ролей, коммуникации, образования и кадрового потенциала для эффективных многопрофильных действий в области общественного здравоохранения в отношении вопросов питания и ожирения. Кроме того, активизируются усилия по взаимодействию с производственным сектором, а не противодействию ему, в рамках политики и планов действий на этапе их реализации.

В Европе осуществляется ряд инициатив в области продовольствия и питания, которые могут быть применены на национальном уровне и являются хорошими примерами работы в рамках межсекторальных партнерств. Программа «Фрукты в школе» в ЕС направлена на содействие выбору здорового питания в школах и включает межсекторальную работу среди отраслей здравоохранения, образования и сельского хозяйства. Основная цель состоит в увеличении потребления детьми фруктов и овощей, сделав их доступными в школах (Европейская комиссия 2012). Оценка ее реализации свидетельствует об определенных положительных результатах, что показано на примере Словении (вставка 7.3). В некоторых странах эта программа дополняется другими инициативами. В Словении в дополнение к этой программе была реализована инициатива по традиционному завтраку (Министерство сельского хозяйства и окружающей среды 2011) и «День словенской еды» (Министерство сельского хозяйства и окружающей среды 2012). Эти программы представляют собой взаимовыгодный подход для всех трех секторов (здравоохранения, образования и сельского хозяйства).

Вставка 7.3 Оценка программы «Фрукты в школе» в Словении

Благодаря эффективному сотрудничеству между секторами сельского хозяйства, образования и здравоохранения в Словении была успешно реализована программа «Фрукты в школе». Краткосрочная оценка показала не только позитивное воздействие на изменение отношения и поведения (особенно среди мальчиков, детей младшего возраста и детей из менее обеспеченных семей), но и рост потребления фруктов и овощей.

Продовольственные налоги и субсидии

Имеются убедительные свидетельства того, что цена влияет на потребительский выбор, а регулирование цен можно использовать для улучшения здоровья населения. Также существуют данные об эффективности использования денежных стимулов для поощрения к приобретению более здоровых продуктов — это, например, скидки на закуски с низким содержанием жира в торговых автоматах и купоны на скидку на фрукты и овощи. Было доказано, что повышение налогов на нездоровые продукты питания является чрезвычайно экономически выгодной мерой, и ряд стран изучили возможность принятия фискальных мер для сокращения потребления нездоровых продуктов питания. Во Франции, например, введен налог на сладкие напитки, который идет на финансирование программ по борьбе с ожирением (ВОЗ 2012b). В Финляндии облагаются налогом безалкогольные напитки и кондитерские изделия (OECD 2012b), а в Венгрии — отдельные продукты с высоким содержанием сахара, соли или кофеина, такие как газированные сладкие напитки. Налог применяется в отношении только тех продуктов, которые имеют более здоровые альтернативы (OECD 2012b). Другим примером является налог на соль в Венгрии, который является частью более масштабной инициативы (вставка 7.4).

Существует некоторый скептицизм в отношении эффективности налогов на нездоровые продукты питания (см. главу 14 «Организация и финансирование общественного здравоохранения»), и базируется он на предположении, что повышение цен на такие продукты не обязательно будет способствовать увеличению покупки здорового питания. Также есть мнение, что повышение цен сильнее всего ударит по беднейшим слоям населения, поэтому такая мера является несправедливой. В то же время аргументы в пользу таких налогов

Вставка 7.4 Национальная инициатива по потреблению соли в Венгрии

Венгрия входит в рамочную программу ЕС по сокращению потребления соли. Ее национальная инициатива по потреблению соли является частью Национальной программы общественного здравоохранения на 2003–2013 гг. В феврале 2010 г. была запущена национальная программа по снижению потребления соли «СТОП СОЛЬ!». Программа включала:

- оценку ситуации;
- определение основных продуктов питания, подлежащих включению в программу;
- изменение составов продукции предприятиями промышленности и общественного питания;
- информационно-просветительскую кампанию для общественности;
- компонент мониторинга и оценки;
- попадание пищевых продуктов, таких как соленые закуски, суп и другие порошки и искусственные приправы, под действие закона «О налоге на продукты здравоохранения» 2011 г., который в народе называют «Налогом на чипсы» из-за высокого содержания в них содержания соли;
- участие промышленности: например, Венгерская ассоциация пекарей собрала более 1500 пекарей для подписания договора, по условиям которого они добровольно обязались снизить содержание соли в своем хлебе к 2017 г.

Источник: ВОЗ (2013с)

подчеркивают их эффективность в изменении поведения тех, кто больше всего подвержен риску, а это как раз малообеспеченные группы населения (Chaufan, Hoo Hong et al. 2009). Однако необходимо выйти на правильный уровень налогообложения, учитывая главную задачу этой меры - изменение поведения, а не получение прибыли. Исследование, проведенное в США, показало, что относительно низкий налог (1% за каждый доллар, или 1% общей стоимости) не меняют тенденций потребления, но увеличивают налоговые поступления на 40–100 млн. долларов (Kuchler, Tegene et al. 2004); эти ресурсы могут быть использованы для профилактики ожирения. В Венгрии и во Франции как минимум часть доходов от новых налогов будет компенсировать расходы на здравоохранение и социальную защиту (OECD 2012b). Крайне важно получить общественное одобрение и поддержку таким мерам. Так, например, Дания ввела налог на продукцию, содержащую насыщенные жиры, но, не смотря на его эффективность (согласно ранним отчетам, налог способствовал снижению потребления насыщенных жиров на 6%), правительство было вынуждено от него отказаться из-за выраженного сопротивления в отношении данной меры.

Ограничение использования трансизомеров жирных кислот

Дания была первой страной в Европе, которая ввела строгие законы, ограничивающие содержание трансжиров в продуктах питания. В 2003 г. Датский совет по вопросам питания подтвердил, что трансжиры оказывают существенное вредное воздействие на здоровье без какого-либо позитивного эффекта и что они могут быть исключены из продуктов питания без негативного воздействия на их вкус, цену или доступность. Был принят закон, ограничивающий содержание трансжиров до 2% жира и масла в продуктах питания. Другие страны, такие как Австрия, Исландия, Норвегия, Швейцария и Швеция, последовали той же модели. В то же время остальные страны нацелены на снижение трансжиров с помощью методов саморегуляции. Несмотря на то, что такой подход привел к сокращению использования трансжиров в таких странах, как Нидерланды и Соединенное Королевство, некоторые специалисты утверждают, что подходы саморегуляции, вероятно, будут больше способствовать увеличению неравенства, чем регулирование сверху. С целью сокращения количества трансжиров частные компании также внесли добровольные изменения в состав своих пищевых продуктов и методы их приготовления. Однако эти изменения необходимо будет тщательно отслеживать, поскольку выяснилось, что содержание трансжиров в пищевых продуктах, таких как картофель фри или промышленный попкорн, отличается по всей Европе, при этом многонациональные корпорации допускают более высокое содержание трансжиров в Восточной Европе, чем в Западной (ВОЗ 2013с).

Маркировка

В большинстве европейских стран маркировка пищевых продуктов, подвергшихся технологической обработке, обязательно должна отображать на упаковке товара информацию о питательной ценности, в том числе калорийности, количестве белка, жира, насыщенных жиров, углеводов, сахара и натрия. Некоторые страны внедрили маркировку на упаковке типа системы «Светофор», в которой определенные цвета соответствуют высокому, среднему и низкому уровню содержания таких питательных веществ, как жиры, сахар и соль (вставка 7.5) (ВОЗ 2012b). Было отмечено, что маркировка способствует выбору более здорового рациона среди тех, кто читает эти данные (о со-

Вставка 7.5 Маркировка «Замочная скважина»

Дания, Норвегия и Швеция совместно разработали и внедрили в 2009 году единый скандинавский символ пищевой маркировки, известный как «Замочная скважина». Маркировка осуществляется на добровольной основе. Продукты, помеченные символом «Замочная скважина», содержат меньше жира, сахара и соли и больше клетчатки, чем пищевые продукты того же типа, не имеющие данного символа. Цель состоит в том, чтобы сделать поиск здоровых продуктов в магазинах более легким и более-менее затратным во времени. Также есть надежда на то, что система «Замочная скважина» будет стимулировать производителей к изменению состава продуктов и разработке более здоровых альтернатив.

Источник: ВОЗ (2013с)

держании питательных веществ). Маркировка по системе «Светофор» может также стимулировать производителей пищевых продуктов к улучшению рецептуры продукта. Однако эффективность такой маркировки привела к тому, что некоторые крупные продовольственные корпорации выступили против них, используя сомнительные основания. Некоторые местные департаменты здравоохранения в Соединенном Королевстве создали аналогичную систему, ориентированную на рестораны и столовые на производстве. У тех кейтеринговых компаний, которых поощрили на создание вариантов блюд здоровой пищи и которым посоветовали маркетинговые ходы по их внедрению в меню, отмечались тенденции к выбору более здоровых блюд посетителями при питании вне дома (Brighton and Hove City Council 2009). В то время как усилия по внедрению системы «Светофор» в масштабах всего ЕС до сих пор не увенчались успехом, законодательство ЕС о маркировке пищевых продуктов привело к снижению рекламы и информации, которые призваны (могут) ввести потребителей в заблуждение относительно характеристик или последствий употребления продуктов питания (ВОЗ 2013с).

Интеграция вопросов питания и профилактики ожирения в сферу первичной медико-санитарной помощи

Во многих европейских странах врачи первичной медико-санитарной помощи все активнее участвуют в оказании профилактических услуг, в том числе посредством медицинских осмотров и консультаций по вопросам здорового образа жизни (см. главу 8 «Общественное здравоохранение с акцентом на медицинскую помощь»; главу 10 «Укрепление здоровья»; главу 14 «Организация и финансирование общественного здравоохранения»). Однако степень реализации ими стратегии по укреплению здоровья и предоставления консультации по вопросам здорового образа жизни варьирует между странами и внутри стран. Барьеры на пути интеграции профилактики ожирения в сферу первичной медико-санитарной помощи могут быть структурными, организационными или связаны с навыками и отношением работников здравоохранения. Службы общественного здравоохранения и правительства играют важную роль в том, чтобы поддерживать сферу первичной медико-санитарной помощи в предоставлении профилактических услуг, например путем дополнительного обучения работников здравоохранения вопросам правильного питания, управления весом, предоставления рекомендаций по рациону питания и здоровому образу жизни, а также выявления признаков несбалансированного питания.

Общественные программы

Для успешного внедрения эффективных профилактических мероприятий на популяционном уровне необходимо определить соответствующие передовой опыт и новаторские модели профилактики. Многие мероприятия по профилактике ожирения сосредоточены на отдельных службах и разработаны без участия общества. Кроме того, данные акции проводились лишь в краткосрочной перспективе, что ограничивало оценку результатов с позиции цельного комплексного эффекта и их устойчивость. Существующие данные свидетельствуют о том, что наиболее успешные меры по борьбе с ожирением должны включать несколько компонентов и должны быть адаптированы к местным условиям. Примером устойчивой, всеобъемлющей инициативы сообщества является сеть EPODE (вставка 7.6).

Участие промышленности

Участие промышленности подразумевает совместные действия пищевой промышленности и общественного питания, поставщиков продуктов и ресторанов, а также других отраслей, связанных с малоподвижным образом жизни, таких как автомобильная, телевизионная промышленность, киноиндустрия и индустрия электронных игр. В Европе растет признание необходимости принятия дополнительных мер для сдерживания эпидемии ожирения, а также необходимости

Вставка 7.6 Программа против детского ожирения EPODE (Ensemble Prevenons L'Obésité Des Enfants «Предотвратим развитие ожирения у детей вместе»)

EPODE — это подход к наращиванию потенциала сообществ для реализации эффективных и устойчивых стратегий по пропаганде здорового образа жизни и предотвращению детского ожирения. Цель состоит в том, чтобы снизить уровень детского ожирения путем привлечения самого общества. При таком подходе местные условия, детская среда и семейные нормы становятся важным фактором продвижения здорового образа жизни у детей в возрасте от 0 до 12 лет, в их семьях и местном сообществе. Программа была запущена в 2004 г. в десяти французских сообществах и основывалась на национальных руководящих принципах по питанию и физической активности. Методология способствует вовлечению многочисленных заинтересованных сторон на национальном уровне (министерства, группы в области здравоохранения, НПО и частные партнеры) и на местном уровне (политические лидеры, медицинские работники, семьи, учителя и деловые круги). Финансирование обеспечивается за счет партнерских связей между государственным и частным секторами на национальном и местном уровнях. Частными спонсорами являются в основном пищевая промышленность, медицинские страховые компании и дистрибьюторский сектор продуктов питания. Через пять лет после запуска программы 90% первоначальных пилотных сообществ оставались активно вовлеченными. В настоящее время эта инициатива распространяется на другие страны; сейчас уже более 500 сообществ по всему миру являются частью программы EPODE, в том числе в Бельгии, Греции и Испании. Подобные программы также запущены в Нидерландах, Португалии и Шотландии.

Источник: ВОЗ (2012b)

привлечения частного сектора. Промышленность, несомненно, играет важную роль в изменении состава пищевых продуктов, например в снижении содержания соли и сахара. Она также может способствовать более широкому маркетингу здоровых аналогов, ограничению рекламы нездоровых продуктов (особенно для детей) и предоставлению более качественной информации потребителям.

Однако участие промышленности сопряжено со значительным риском. Для предотвращения ожирения необходимо изменить привычки и культуру питания, чтобы уменьшить потребление калорий, а также создать возможности для более активного образа жизни. Одно лишь повышение уровня физической активности не может остановить эпидемию ожирения. Ведущие пищевые корпорации знают об этом, но некоторые по-прежнему утверждают, что основной движущей силой роста уровня ожирения является недостаточная физическая активность, в то время как международное научное сообщество признает, что режим питания и физическая активность совместно играют ведущую роль в этой проблеме. Зачастую транснациональные корпорации стремятся ассоциировать себя со спортивными мероприятиями и физической активностью. Две крупные продовольственные транснациональные корпорации, например, были «золотыми» спонсорами Олимпийских игр 2012 г. в Лондоне, демонстрируя влияние промышленности на политику общественного здравоохранения.

Заключение

В настоящей главе рассмотрены некоторые из ключевых проблем в области продовольствия и питания в современной Европе, включая продовольственную безопасность, неполноценное питание и ожирение. В ней утверждается, что одной из ключевых проблем в будущем станет обеспечение устойчивых продовольственных ресурсов для растущего населения с учетом возрастающего спроса на энергию и воду. Продовольственная безопасность является проблемой не только в Европе, но и во всем мире (Global Food Security 2011). Глобальная продовольственная система является неустойчивой (см. главу 6 «Гигиена окружающей среды»). Она потребляет ресурсы быстрее, чем они пополняются и обновляются, на нее приходится до 70% от общего объема мирового водозабора и 10–12% выбросов парниковых газов (ФАО 2013а). Для обеспечения продовольственной безопасности необходимо перестроить глобальную продовольственную систему, чтобы она стала центром устойчивого развития. Это потребует согласованных действий на глобальном и национальном уровнях в нескольких областях политики (Европейская комиссия 2011а).

Отдельной проблемой является несбалансированное питание, особенно среди беременных женщин, детей, пожилых людей, лиц с хроническими заболеваниями, а также социально изолированных и бедных людей. Проблемы особенно остро стоят в странах Кавказа и Центральной Азии, однако нездоровое питание также наблюдается в Западной Европе, особенно среди пожилых и госпитализированных людей. Эти проблемы необходимо решать с помощью многосекторальных подходов (см. главу 12 «Межсекторальная работа и учет интересов здоровья во всех направлениях политики»), а также посредством подготовки работников в области здравоохранения. Кроме того, существует явная необходимость в преодолении социально-экономического неравенства и претворении политических обязательств в жизнь (см. главу 11 «Действия в отношении социальных детерминант здоровья»).

Наконец, эпидемия ожирения является еще одной серьезной проблемой в области общественного здравоохранения, и как правительствам, так и обществу в целом необходимо принять меры по ее решению. Залог успеха в борьбе с

ожирением заключается в поиске оптимального баланса и скоординированности мероприятий по вертикали (на индивидуальном и популяционном уровнях) и горизонтали (между образовательными и регуляторными, межсекторальными и экологическими решениями).

В этой главе приводятся некоторые примеры действий, которые могут быть предприняты на международном и национальном уровнях. Эти примеры наглядно отражают необходимость вовлечения других секторов для предотвращения ухудшения состояния здоровья и содействия улучшению здоровья и социального благополучия (Schäffer Elinder, Lock et al. 2006; Gillespie, Egal et al. 2013). Общественное здравоохранение должно играть ясную роль в этом процессе, не только за счет информационно-коммуникационной деятельности, предоставления экспертных знаний и возможностей управления, содействия межсекторальной работе, но и за счет проведения мониторинга, надзора, исследований и оценки.

Библиография

- Bock, A., B. Atzel, et al. (2012). *Tomorrow's Health Society: Research priorities for foods and diets*. Brussels, The European Commission, Joint Research Centre.
- Brighton and Hove City Council. (2009). *Healthy Choice Award* [www.brighton-hove.gov.uk/content/business-and-trade/food-safety/healthy-choice-award-0, по состоянию на 15 октября 2013 г.].
- Cattaneo, A., A. Yngve, B. Koletzko and L. R. Guzman (2005). "Protection, promotion and support of breast-feeding in Europe: current situation." *Public Health Nutrition* 8: 39-46.
- Chaufan, C., G. Hee Hong and P. Fox (2009). "Taxing 'sin foods' - obesity prevention and public health policy." *New England Journal of Medicine* 361: e113.
- European Commission (2007). *White Paper on a Strategy for Europe on Nutrition, Overweight and Obesity Related Health Issues* [http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/nutrition_wp_en.pdf]. Brussels, European Commission.
- European Commission (2011a). *Future of Global Food and Farming: How can science support food security?* [http://ec.europa.eu/dgs/jrc/downloads/jrc_20110330_seminar_programme.pdf]. Brussels, European Commission.
- European Commission (2011b). *Roadmap to a Resource Efficient Europe: Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions, COM(2011)571/final*. Brussels, European Commission.
- European Commission (2012). *Report from the Commission to the European Parliament and the Council in accordance with Article 184(5) of Council Regulation (EC) No. 1234/2007 on the implementation of the European School Fruit Scheme* [http://ec.europa.eu/agriculture/sfs/documents/documents/com2012-768_en.pdf]. Brussels, European Commission.
- European Commission (2013a). *Boosting Food and Nutrition Security through EU Action: Implementing our commitments* [http://ec.europa.eu/europeaid/what/food-security/documents/boosting_food_and_nutrition_security_through_eu_action_ec_swd.pdf]. Brussels, European Commission.
- European Commission (2013b). *The Common Agricultural Policy (CAP) and Agriculture in Europe* [http://ec.europa.eu/agriculture/faq/, по состоянию на 15 октября 2013 г.]. Brussels, European Commission.
- European Commission (2013c). *Enhancing Maternal and Child Nutrition in External Assistance: An EU policy framework* [http://ec.europa.eu/europeaid/documents/enhancing_maternal-child_nutrition_in_external_assistance_en.pdf]. Brussels, European Commission.
- European Commission (2013d). *Fighting Hunger* [http://ec.europa.eu/europeaid/what/food-security/]. Brussels, European Commission.

- European Environment Agency (EEA) (2012). Food Waste [<http://www.eea.europa.eu/signals/signals-2012/close-ups/food-waste>, по состоянию на 17 октября 2013 г.]. Copenhagen, EEA.
- European Nutrition for Health Alliance (ENHA) (2013). European Nutrition for Health Alliance [www.european-nutrition.org/index, по состоянию на 15 октября 2013 г.]. London, ENHA.
- Food and Agriculture Organization (FAO) (2013a). Food and Agriculture Organization of the United Nations [<http://www.fao.org/about/what-we-do/en/>, accessed 15 October 2013]. Rome, FAO.
- Food and Agriculture Organization (FAO) (2013b). Save Food: Global initiative on food losses and waste reduction [<http://www.fao.org/save-food/en/>, по состоянию на 15 октября 2013 г.]. Rome, FAO.
- Gibney, M. J., B. M. Margetts, J. M. Kearney and L. Arab, Eds. (2004). Public Health Nutrition. Oxford, Blackwell Science.
- Gillespie, S., F. Egal and M. Park (2013). "Agriculture, food and nutrition." In Health in All Policies: Seizing opportunities, implementing policies. K. Leppo, E. Olilla, S. Peña, M. Wismar and S. Cook, Eds. Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health.
- Global Climate Change and Human Health (2013). Food Security [<http://climatechangehumanhealth.org/activities/food-security/>].
- Global Food Security (GFS) (2011). GFS Strategic Plan 2011-2016 [<http://www.foodsecurity.ac.uk/assets/pdfs/gfs-strategic-plan.pdf>]. Global Food Security, UK. London: GFS.
- Global Food Security (GFS) (2013). Global Food Security Index 2013 [<http://foodsecurityindex.eiu.com/>]. London, The Economist Intelligence Unit.
- International Obesity Taskforce/European Association for the Study of Obesity (IOTF/EASO) (2002). Obesity in Europe [http://www.iaso.org/site_media/uploads/Sep_2002_Obesity_in_Europe_Case_for_Action_2002.pdf]. London, IOTF.
- Kondrup, J., N. Johansen, L. M. Plum, L. Bak, I. H. Larsen, A. Martinsen, J. R. Andersen, H. Baemthsen, E. Bunch and N. Lauesen (2002). "Incidence of nutritional risk and causes of inadequate nutritional care in hospitals." *Clinical Nutrition* 21(6): 461-468.
- Kuchler, F., A. Tegene and J. M. Harris (2004). "Taxing snack foods: what to expect for diet and tax revenues." *Current Issues in Economics of Food Markets* No. 747-08 [http://www.ers.usda.gov/media/306707/aib74708_1_.pdf].
- Ljungqvist, O., A. van Gossum, M. Sanz and F. de Man (2010). "The European fight against malnutrition." *Clinical Nutrition* 29(2): 149-150.
- Lock, K., M. Gabrijelčič-Blenkus, M. Martuzzi, P. Otorepec, P. Wallace, C. Dora A. Robertson and J. M. Zakotnic (2003). "Health impact assessment (HIA) of agriculture and food policies: lessons learnt from HIA development in the Republic of Slovenia." *Bulletin of the World Health Organization* 81(6).
- McElroy, S. L., R. Kotwal, S. Malhotra, E. B. Nelson, P. E. Keck and C. B. Nemeroff (2004). "Are mood disorders and obesity related? A review for the mental health professional." *Journal of Clinical Psychiatry* 65(5): 634-651.
- McKee, M., T. Lang and J. Roberts (1996). "Deregulating health: policy lessons of the BSE affair." *Journal of the Royal Society of Medicine* 89: 424-426.
- Ministry of Agriculture and the Environment (MAE) (2011). Traditional Slovenian Breakfast [<http://tradicionalni-zajtrk.si/>, по состоянию на 10 мая 2013 г.]. Ljubljana, MAE.
- Ministry of Agriculture and the Environment (MAE) (2012). Dan slovenske hrane [http://tradicionalni-zajtrk.si/media/uploads/public/document/54-plakat_dan_slo_hrane_sl.pdf, по состоянию на 10 мая 2013 г.]. Ljubljana, MAE.
- OECD (2012a). Health at a Glance: Europe 2012 [<http://www.oecd.org/health/health-system/sZHealthAtAGlanceEurope2012.pdf>]. OECD Publishing.
- OECD (2012b). Obesity Update 2012 [<http://www.oecd.org/health/49716427.pdf>]. Paris, OECD.
- Paris, V. and D. Polton (2008). "France: targeting investment in health." In Health Targets in Europe: Learning from experience. M. Wismar, M. McKee, K. Ernst, D. Srivastava and R. Busse, Eds. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory for Health Systems and Policies. 101-122.

- Public Health Evaluation and Impact Assessment Consortium (PHEIAC) (2013). Evaluation of the Implementation of the Strategy for Europe on Nutrition, Overweight and Obesity Related Health Issues. Brussels, PHEIAC.
- Rokx, C., R. Galloway and L. Brown (2002). Prospects for Improving Nutrition in Eastern Europe and Central Asia. Washington, DC, World Bank.
- Rutter, H. (2011). "Where next for obesity?" *The Lancet* 378: 746-747.
- Schäffer Elinder, L., K. Lock and M. Gabrijelčič-Blenkus (2006). "Public health, food and agriculture policy in the European Union." In *Health in All Policies: Prospects and potentials*. T. Ståhl, M. Wismar, E. Ollila, E. Lahtinen and K. Leppo, Eds. Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health of Finland: 93-110.
- Solfrizzi, V., V. Frisardi, D. Seripa, G. Logroscino, B. P. Imbimbo, G. D'Onofrio, F. Addante, D. Sancarlo, L. Cascavilla, A. Pilotto and F. Panza (2011). "Mediterranean diet in predementia and dementia syndromes." *Current Alzheimer Research* 8(5): 520-542.
- Stratton, R. J., C. J. Green and M. Elia, Eds. (2003). *Disease-Related Malnutrition: An evidence-based approach to treatment*. Wallingford, UK, CABI Publishing.
- Swinburn, B., G. Egger and F. Raza (1999). "Dissecting obesogenic environments: the development and application of a framework for identifying and prioritizing environmental interventions for obesity." *Preventive Medicine* 29(6): 563-570.
- Wijnhoven, T. M., J. M. van Raaij, A. Spinelli, A. I. Rito, R. Hovengen, M. Kunesova, G. Starc, H. Rutter, A. Sjöberg, A. Petrauskiene, U. O'Dwyer, S. Petrova, V. Farrugia Sant'angelo, M. Wauters, A. Yngve, I. M. Rubana and J. Breda (2013). "WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative 2008: weight, height and body mass index in 6-9-year-old children." *Pediatric Obesity* 8(2): 79-97.
- World Health Organization (WHO) (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion* [www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/print.html]. Geneva, WHO.
- World Health Organization (WHO) (2003). *Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases* [http://whqlibdoc.who.int/trs/who_trs_916.pdf]. Geneva, WHO.
- World Health Organization (WHO) (2004). *Food and Health in Europe: A new basis for action*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization (WHO) (2007). *The Challenge of Obesity in the WHO European Region and Strategies for Response*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization (WHO) (2008a). *WHO European Action Plan for Food and Nutrition Policy 2007-2012* [http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0017/74402/E91153.pdf]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization (WHO) (2008b). *Worldwide Prevalence of Anaemia 1993-2005* [http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596657_eng.pdf]. Geneva, WHO.
- World Health Organization (WHO) (2008-2011). *Joint WHO/European Commission project to monitor progress in improving nutrition and physical activity and preventing obesity in the European Union*. [<http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/activities/monitoring-and-surveillance/joint-whoec-project-to-monitor-progress>, по состоянию на 15 октября 2013 г.]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization (WHO) (2012a). *The World Health Statistics 2011* ([http:// apps.who.int/ghodata/](http://apps.who.int/ghodata/), по состоянию на 2 ноября 2013 г.). Geneva, WHO.
- World Health Organization (WHO) (2012b). *Population-based Approaches to Childhood Obesity Prevention* [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/80149/1/9789241504782_eng.pdf]. Geneva, WHO.
- World Health Organization (WHO) (2013a). *Antimicrobial Resistance* [<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs194/en/>]. Geneva, WHO.
- World Health Organization (WHO) (2013b). *Trade, Foreign Policy, Diplomacy and Health: Food Security* [www.who.int/trade/glossary/story028/en/]. Geneva, WHO.
- World Health Organization (WHO) (2013b). *Mapping Salt Reduction Initiatives in the WHO European Region* [[www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/186462/ Mapping-salt-reduction-initiatives-in-the-WHO-European-Region.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/186462/Mapping-salt-reduction-initiatives-in-the-WHO-European-Region.pdf)]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

- World Health Organization (WHO) (2013d). Vienna Declaration on Nutrition and Noncommunicable Diseases in the Context of Health 2020 [http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/193878/Vienna-Declaration.pdf, по состоянию на 4 ноября 2013 г.]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization/UNICEF (WHO/UNICEF) (2006). WHO, UNICEF, and SCN Informal Consultation on Community-based Management of Severe Malnutrition in Children [http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/fnb_v27n3_suppl/en/index.html]. Geneva, WHO/UNICEF/UN System Standing Committee on Nutrition.
- World Trade Organization (WTO) (2013). World Trade Organization homepage [http://www.wto.org/english/thewto_e/whatis_e/who_we_are_e.htm, по состоянию на 15 октября 2013 г.]. Geneva, WTO.

Общественное здравоохранение с акцентом на медицинскую помощь

Martin McKee, Bernd Rechel, Reinhard Busse

Введение

Комплекс мероприятий, называемый в некоторых странах как «общественное здравоохранение с акцентом на медицинскую помощь», представляет собой наименее понятный аспект общественного здравоохранения в Европе. Это понятие тесно связано с ролью, которую играют специалисты, обладающие основными компетенциями и навыками в области общественного здравоохранения (таких как эпидемиология, статистика, экономическая оценка, исследования в сфере услуг здравоохранения и социология), в вопросах обеспечения максимально возможного эффекта от предоставляемых на индивидуальном и популяционном уровнях услуг по охране здоровья. Так, например, такие специалисты в области общественного здравоохранения могли бы привлекаться на этапах разработки условий для заключения договора (контракта) между органом здравоохранения или страховым фондом и больницей для выработки наиболее эффективных путей предоставления помощи. При этом под эффективностью предполагается очень широкое понятие, учитывающее и эффективность в рамках клинических испытаний, и адекватность с позиции потребностей населения, и результаты исследований экономической эффективности, и справедливость с учетом дополнительных потребностей (информационной и языковой) национальных или социальных групп, и способы коммуникаций, в том числе для малообразованных слоев общества. Данные специалисты могут работать по обе стороны отношений — с потребителями услуги или с поставщиками услуги. Однако во многих странах такие возможности либо не предусмотрены, либо ограничены организацией отдельных услуг, например программами скрининга. В некоторых странах подобные функции выполняют профессионалы, которые не воспринимают себя специалистами в области общественного здравоохранения (например экономисты в сфере здравоохранения), но чьи компетенции, деятельность и результаты труда находятся в сфере деятельности, называемой «общественное здравоохранение с акцентом на медицинскую помощь». В качестве примера можно привести многих сотрудников, работающих в таких организациях, как Национальный институт здоровья и клинического совершенствования в Великобритании, Верховная комиссия по делам здравоохранения во Франции, а также Институт качества и эффективности здравоохранения (IQWiG) в Германии.

Во многих странах общественное здравоохранение с акцентом на медицинскую помощь развивалось медленно. В одних странах это связано с распространенным взглядом на медицину как на либеральную профессию, специалисты

которой должны иметь право собственного выбора наиболее подходящего лечения; при этом врачи ожидают, что третья сторона заплатит за этот «наиболее правильный» с их позиции метод лечения пациента. В других это обусловлено с узким ограниченным взглядом на задачи общественного здравоохранения: они видят роль общественного здравоохранения в рамках задачи по разработке политик или реализации популяционных мер, таких как мероприятия по обеспечению чистой водой или профилактике курения. Тем не менее, общественное здравоохранение играет важную, хотя и часто недооцененную роль в организации и оказании медицинской помощи и служит нуждам не только тех пациентов, которые обращаются за помощью к специалистам системы здравоохранения, но и потребностям всего населения.

Обоснование необходимости общественного здравоохранения с акцентом на медицинскую помощь

Использование популяционного подхода при обеспечении деятельности системы здравоохранения важно по нескольким причинам. Во-первых, люди, нуждающиеся в медицинской помощи, могут не осознавать этого. У них могут развиваться симптомы, которые они считают обычными, тривиальными или, возможно, являющимися частью процесса старения, поэтому они могут не обратиться за помощью своевременно (Oliver, Pearson et al. 2005). В случае если симптомы являются начальным признаком серьезного заболевания, отложенное лечение может привести к тяжелому осложнению, например к ампутации стопы у пациента с диабетической стопой, или даже к смертельному исходу в случае несвоевременного лечения некоторых видов доброкачественной опухоли (Maringe, Walters et al. 2012). Важно, что характеристика и особенности такого поведения (позднего обращения за медицинской помощью при истинной необходимости в ней) зависят от многих социальных факторов. Так, например, некоторые группы населения могут быть склонны к более позднему обращению, чем другие, вследствие недостатка знаний, определенных ожиданий, реальных или надуманных барьеров в получении медицинской помощи (Petherick, Cullum et al. 2013). Специалисты общественного здравоохранения, опираясь на эпидемиологические, социологические и антропологические данные, могут способствовать организации медицинских услуг таким образом, чтобы они удовлетворяли потребности всех групп населения (Healy and McKee 2004).

Во-вторых, ресурсы, доступные для любой системы здравоохранения, ограничены. Например, невозможно нанять достаточное количество медицинских работников всех специальностей, особенно если необходимы некоторые высококвалифицированные специалисты. В некоторых случаях может наблюдаться нехватка лекарственных препаратов, например на ранних стадиях пандемии гриппа, когда еще не запущены все мощности для массового производства вакцины. Доступное финансирование также ограничено, и для распределения имеющихся фондов требуется принятие соответствующих решений, которые могут приниматься (и обычно так и происходит) в пользу наиболее влиятельной стороны, а не с учетом конечного влияния на состояние здоровья общества. Тем не менее, решения можно принимать и с использованием популяционного подхода, основанного на данных общественного здравоохранения: количество людей, которым необходимо конкретное вмешательство, прогноз эффективности запланированного вмешательства в достижении поставленной цели, а также предполагаемые затраты. Представленная таким образом всеобъемлющая информация может стать основой для наиболее оптимального решения. Это неизбежно по-

требует поиска компромиссов, например между инвестициями в лечение онкологических или психических заболеваний (Abel-Smith, Figueras et al., 1995). Такие решения вряд ли могут быть цельными и адекватными без использования популяционного подхода.

В-третьих, увеличивается сложность задачи по обеспечению медицинской помощью, постоянно внедряются новые технологические решения, возрастает (сужается) специализация медицинской помощи, растет сложность характеристики (профиля) здоровья стареющего населения (Doyle, McKee et al., 2009; Barnett, Mercer et al. 2012). Использование популяционного подхода в такой ситуации позволит спланировать структуру услуг посредством выстраивания связей, необходимых для непрерывной доступности медицинских услуг независимо от их характера.

В-четвертых, недостаточно разрабатывать и внедрять службы здравоохранения; необходимо постоянно контролировать и оценивать их эффективность, чтобы обеспечить достижение оптимальных результатов в отношении здоровья. Опять же, популяционный подход позволяет оценить, достигнуты ли запланированные результаты, и, более того, достигнуты ли они для всего населения.

В-пятых, хорошо известно, что своевременное и эффективное лечение вносит значительный вклад в улучшение здоровья населения. Такая закономерность была выявлена в ходе проведенных на протяжении нескольких десятилетий научных исследований влияния медицинской помощи на смертность (Nolte and McKee 2004). Были выявлены состояния, при которых своевременное и эффективное лечение предотвращало летальный исход. К таким состояниям относятся, например, диабет в молодом возрасте, бактериальные инфекции, вакциноуправляемые заболевания и часто встречающаяся экстренная хирургическая патология (например аппендицит). Снижение смертности от таких устранимых причин (состояний) в последние годы было более быстрым, чем снижение смертности от других причин: с 1997/1998 по 2006/2007 гг. в 16 странах ОЭСР смертность от устранимых заболеваний снизилась в среднем на 31,7%, тогда как смертность от других причин – только на 14,0% (табл. 8.1). Тот факт, что показатель «устранимой смертности» («смертность от заболеваний, поддающихся лечению») имеет под собой не только теоретические обоснования, но и на практике тесно связан с показателями деятельности системы здравоохранения, Sundmacher и Busse (2011) продемонстрировали на примере предотвратимой смертности от онкологических заболеваний: смертность от рассматриваемых онкологических заболеваний была значительно ниже в административных территориях Германии с более высоким соотношением количества врачей на численность населения.

Наконец, потенциал здравоохранения для улучшения здоровья населения нельзя воспринимать как данность; он зависит от наличия эффективного и доступного медицинского обслуживания для всего населения. Например, Соединенные Штаты достигли меньшего прогресса в отношении «предотвратимой смертности», чем большинство других стран ОЭСР, поскольку значительная часть населения США не имеет доступа к базовой медицинской помощи (Nolte and McKee 2012). Даже в странах с практически полным охватом населения услугами здравоохранения некоторые группы населения — например мигранты, этнические меньшинства или бедные — не могут воспользоваться медицинской помощью в полной мере (Healy and McKee 2004). Таким образом, недостаточно принимать во внимание только тех, кто пользуется услугами — также важно учитывать тех, кто этого не пользуется ими. При этом использование медицинских услуг — это только одна сторона предоставления медицинской помощи, также имеют значение качество лечения и приверженность лечению.

Таблица 8.1 Уровни смертности от устранимых причин и смертности от других причин в 16 странах ОЭСР в 1997–1998 гг. и 2006–2007 гг. (стандартизованные по возрасту показатели смертности на 100 000 человек для населения в возрасте от 0 до 74 лет)

	«Предотвратимая» смертность от заболеваний, поддающихся лечению			Смертность от других причин		
	1997/98	2006/07	Изменение (%)	1997/98	2006/07	Измене- ние (%)
Австралия	87,95	56,92	–35,2	203,70	164,57	–19,0
Австрия	108,92	67,31	–38,2	232,23	201,70	–13,1
Германия	106,18	76,42	–28,0	245,84	209,49	–14,8
Греция	97,27	76,65	–21,2	213,53	186,77	–12,5
Дания	113,01	80,13	–29,1	307,22	265,66	–13,5
Ирландия	134,36	77,82	–42,1	248,45	196,81	–21,8
Италия	88,77	59,88	–37,1	224,46	174,62	–22,2
Нидерланды	96,89	65,55	–32,2	239,42	200,85	–16,1
Новая Зеландия	114,54	78,64	–31,3	225,82	189,65	–16,0
Норвегия	98,64	63,63	–35,5	215,92	188,97	–12,5
Соединенное Королевство	126,45	82,54	–34,7	224,80	202,85	–9,8
США	120,22	95,54	–21,5	278,06	258,85	–6,9
Финляндия	116,22	73,78	–36,5	239,26	223,36	–6,7
Франция	75,62	55,00	–27,3	267,68	223,75	–16,4
Швеция	88,44	61,25	–31,7	190,94	173,33	–9,2
Япония	81,42	61,17	–24,9	192,97	166,11	–13,9
Среднее			–31,7			–14,0

Примечание: летальные исходы по причине ишемической болезни сердца не были включены в анализ.

Источник: Nolte and McKee (2011)

Таким образом, эффективность медицинского обслуживания зависит от охвата населения, права на получение услуг, их доступности, приверженности лечению и качества медицинской помощи. Сочетание этих факторов было названо «эффективностью сообщества» (Tugwell, Bennett et al. 1984), и главной задачей общественного здравоохранения с акцентом на медицинскую помощь является повышение этой самой «эффективности сообщества».

Сферы, в которых общественное здравоохранение может повысить качество деятельности системы здравоохранения

Оценка потребностей

Оценка потребностей населения в медицинских услугах должна быть первым этапом всего процесса участия специалистов общественного здравоохранения в вопросах организации и оказания медицинской помощи насе-

лению с тем, чтобы создать ориентиры, целевые критерии для реализации любых мер по улучшению «эффективности сообщества». Это только на первый взгляд кажется простой задачей; на самом деле ответить на первый основополагающий вопрос «В чем именно потребность населения?», очень сложно. Недостаточно показать низкий уровень здоровья населения или группы людей. Необходимо также показать, что существуют доказавшие свою эффективность возможности улучшить здоровье населения. Таким образом, потребность может быть определена как «способность получать пользу».

Методы оценки потребностей в медицинских услугах часто делятся на три крупные категории (Stevens and Gabbay 1991). Первая — это оценка потребностей на основании эпидемиологических данных, которая направлена на определение числа лиц с определенным клиническим состоянием, для лечения или облегчения симптомов которого существует доступное лечение, которое в свою очередь показано этой группе людей. Этот подход требует знаний о распространенности рассматриваемого состояния среди населения, критериях применения доступного лечения и эффективности такого лечения. Эпидемиологическая оценка одновременно является и технически сложной, поскольку требует наличия простых для применения средств оценки «способность получать пользу», и слишком дорогостоящей для рутинного использования. Тем не менее, результаты такой оценки, в случае ее применения, могут предоставить ценную информацию для проведения других методов оценки потребностей (вставка 8.1).

Вставка 8.1 Оценка необходимости проведения простатэктомии в Англии

Увеличение предстательной железы часто встречается у пожилых мужчин и приводит к затруднению прохождения мочи через мочеиспускательный канал, а в некоторых случаях и к полной закупорке канала (то есть непроходимости мочи). При этом хирургическое вмешательство может привести к ряду нежелательных побочных эффектов. В одном из районов Англии была проведена оценка потребностей в медицинских услугах на основе эпидемиологических данных (Sanderson, Hunter et al. 1997). В первую очередь была отобрана стандартизованная анкета, которая позволяла оценить тяжесть симптомов по определенной шкале. Затем группа урологов и врачей общей практики на основании экспертных консультаций и обзора литературы пришли к единому пониманию о том, при какой степени тяжести заболевания (согласно оценочной шкалы в анкете) следует применять хирургическое лечение (Hunter, McKee et al. 1994). После этого был проведен опрос среди мужчин в возрастной группе, наиболее подверженной риску возникновения проблем с предстательной железой. Помимо вопросов о симптомах и степени тяжести и предоставления им информации о хирургическом лечении, его преимуществах и возможных рисках, мужчин также спрашивали о других аспектах их общего состояния здоровья, чтобы выявить пациентов с противопоказаниями для проведения хирургической операции. Таким образом было возможно оценить количество мужчин, для которых хирургическая операция была бы эффективна, а также тех (среди первой группы), кто хотел бы получить данную медицинскую услугу (Hunter, McKee et al. 1995). Полученные данные в разрезе возрастных групп затем могли быть использованы и для других задач.

Второй подход — это сравнительная оценка потребностей, например между географическими районами или группами населения, которая позволяет выявить общие различия в том, в какой мере существующие службы соответствуют потребностям здоровья населения. Данный метод базируется на двух основных предположениях. Во-первых, оптимальный объем лечения для популяции можно рассчитать на основании фактических данных о частоте использования этого лечения. Во-вторых, потребность популяции в лечении можно рассчитать путем сравнения частоты использования лечения в рассматриваемой и референтной популяциях с учётом влияния известных факторов, например такого как распределение по возрасту.

Третий подход называется оценкой общих потребностей. Он предполагает процесс по достижению между специалистами здравоохранения, пациентами, представителями пациентов и другими заинтересованными сторонами консенсуса в отношении «потребностей». Данный метод базируется на сборе информации из широкого круга источников.

На практике эти разные подходы часто сочетаются в итеративном процессе, который объединяет информацию из разных источников:

1. Процесс начинается с определения конкретной проблемы со здоровьем. Проблема может быть доведена до сведения властей по итогам опроса пациентов о состоянии здоровья, жалоб со стороны пациентов или поставщиков медицинских услуг, получения новых результатов исследований или политических задач.
2. Затем необходимо уточнить аспекты рассматриваемой проблемы здоровья. Этот этап включает согласование определений случаев, расчет оценочных показателей частоты и распространенности заболевания, анализ информации об услугах в области здравоохранения, а также степени, в которой они соответствуют существующим потребностям. Если в этой области проводились или проводятся систематические оценки потребностей, то можно воспользоваться их результатами без необходимости проведения серьезной дополнительной работы. В противном случае следующим шагом будет определение масштабов и характера проблемы. Для этого может потребоваться проведение популяционного исследования.
3. Третий шаг — определить текущие уровни и объемы предоставления медицинской помощи. К сожалению, во многих странах сделать это сложнее, чем может показаться, из-за существования многочисленных поставщиков услуг как в государственном, так и в частном секторе. Например, учреждения могут предоставлять услуги только определенным профессиональным категориям, например военнослужащим, либо только лицам, имеющим полис добровольного медицинского страхования. Так, по данным исследования, проведенного в Лондоне (Англия) показатель частоты проведения реваскуляризации коронарных артерий в различных районах местного управления существенно изменялся, если в анализе учитывались процедуры, проведенные в частных медицинских учреждениях (Mindell, Klodawski et al. 2008).

Четвертый шаг предполагает анализ мнений пациентов, специалистов и других заинтересованных сторон. Для этого возможно использование широкого набора методов, включая стандартные методы исследования рынка (например интервью и фокус-группы), проведение официальных консультаций с представителями пациентов и поставщиков услуг, а также работа гражданских жюри (Tempfer and Nowak 2011). При этом все эти методы недостаточно репрезентативны (McKee 2010). В частности, не всегда ясно, кому следует «задать вопрос».

Например, если представители пациентов и поставщиков услуг являются назначенными лицами, то они, скорее всего, не являются «типичными представителями» тех групп, которые они должны представлять. Особенно сложно вовлечь в процесс тех, кто в большей степени нуждается в медицинских услугах и при этом сталкивается с самыми большими препятствиями в получении услуг, например, представителей этнических меньшинств, мигрантов, не имеющих документов, бездомных или людей с умственными отклонениями или психическими заболеваниями (вставка 8.2).

Пятый шаг — определение диапазона услуг, которые могут наиболее точно соответствовать выявленным потребностям. Он должен основываться на результатах оценки технологий здравоохранения и исследований в области организации здравоохранения, которые обсуждаются ниже.

Заключительный этап — согласование приоритетов дальнейших действий, принимая во внимание как вопросы необходимых ресурсов, так и других рассматриваемых услуг здравоохранения для удовлетворения других потребностей здоровья населения.

Оценка технологий здравоохранения

Акцент общественного здравоохранения на медицинскую помощь предполагает обеспечение эффективности оказываемой пациентам медицинской помощи. А учитывая ограниченность ресурсов и конкуренцию за их использование важной задачей становится проведение оценки новых технологий здравоохранения на предмет их действительной «работоспособности» в реальных условиях. Поэто-

Вставка 8.2 Удовлетворение потребностей социально отчужденных групп населения

В исследовании, проведенном в крупных городах Европы, было выявлено большое количество служб, оказывающих психологическую помощь бездомным, лицам, ищущим убежища, беженцам и работникам уличного секс-бизнеса, и лишь небольшое количество инициатив, направленных на помощь нелегальным мигрантам и перемещающимся общинам. Возможно это связано с тем, что первые (мигранты) имели ограниченные права на получение помощи во многих европейских странах, а о потребностях последних (перемещающихся общин) имеется недостаточное количество информации. Обнаружилась нехватка профессиональных переводчиков для работы с ищущими убежище, беженцами и нелегальными мигрантами, хотя все эти группы регулярно сталкиваются с языковыми барьерами. Во многих случаях, чаще всего бездомным, приходилось платить «из собственного кармана», хотя известно, что даже небольшая авансовая плата значительно снижает обращаемость за медицинской помощью. В соответствии с малопопулярной традицией оценки состояния здоровья населения в большинстве европейских стран только небольшое количество служб опубликовало данные о характеристиках и опыте пациентов. Мало проводилось информационно-пропагандистских мероприятий, в большинстве служб применялась практика критерия исключения: они не принимали посетителей вне рабочего времени, хотя у многих из них были большие листы ожидания. Авторы пришли к выводу, что необходимо внедрение новых гибких методов предоставления услуг социально отчужденным группам населения с психическими расстройствами, которые отвечали бы их потребностям.

Источник: Priebe, Matanov et al. (2013)

му при проведении оценки технологий здравоохранения (ОТЗ) используются как результаты оценки эффективности технологий в условиях рандомизированных клинических исследованиях, так и результаты традиционных методов анализа и прогноза из области общественного здравоохранения: эпидемиологического анализа, экономической оценки и оценки эффективности (результативности) мероприятий (например оценки результативности по данным опросов пациентов).

С момента создания в 1980 г. первого национального агентства по технологиям здравоохранения в Швеции аналогичные учреждения были созданы во многих других европейских странах. Например Национальный институт здоровья и клинического совершенствования Соединенного Королевства (NICE), Верховная комиссия по делам здравоохранения во Франции и Институт качества и эффективности здравоохранения (IQWiG) в Германии (Velasco Garrido, Kristensen et al. 2008). Такие агентства рассматривают широкий диапазон медицинских вмешательств. Некоторые из них имеют узкую направленность, фокусируясь на фармацевтических препаратах и медицинском оборудовании, в то время как другие также занимаются оценкой моделей предоставления медицинской помощи. Кроме того, во многих странах в дополнение к агентствам по оценке технологий здравоохранения созданы и действуют организации с более узкой специализацией в определенных областях, таких, например, как вакцины, или в тех областях, где особо остро стоят этические или другие вопросы, например в репродуктивных технологиях. Степень обязательности (в отношении реализации) их рекомендаций и области, на которые распространяются такие обязательства, сильно разнятся в зависимости от регуляторных решений в различных системах здравоохранения. При поддержке ряда проектов, финансируемых Европейской комиссией, таких как EUR-ASSESS и EUnetHTA, между действующими агентствами по оценке технологий здравоохранения было налажено тесное сотрудничество, способствующее обмену знаниями и опытом и разработке общих методологий (Velasco Garrido, Kristensen et al. 2008). В соответствии с требованиями «Директивы ЕС о правах пациентов при трансграничном медицинском обслуживании» в рамках финансируемого ЕС проекта «Совместные действия» (Joint Action) была создана организация EUnetHTA, в состав которой также входят члены, официально назначаемые государствами-членами ЕС.

Значимость ОТЗ для систем здравоохранения постоянно растет. Во-первых, становится все более очевидным, что прогресс в области медицинских технологий приводит к серьезной финансовой нагрузке на системы здравоохранения в Европе, гораздо более значительной, чем проблема старения населения (Busse, van Ginneken et al. 2012). Во-вторых, прежние достижения в таких областях, как производство фармацевтических препаратов, означает, что большинство новых продуктов часто предлагают в лучшем случае сомнительную выгоду при значительно больших затратах. В-третьих, ряд скандальных ситуаций выявил наличие серьезных недостатков в европейской системе регулирования оборота лекарственных препаратов, например нежелание крупных компаний раскрывать полные данные о проведенных клинических исследованиях. Очевидно, необходимы системы, выходящие за рамки узконаправленной деятельности основного регулирующего органа — Европейского агентства лекарственных средств, которое приложило большие усилия для предотвращения раскрытия информации об эффективности и безопасности препаратов (Goldacre 2013). В-четвертых, растущая коммерциализация здравоохранения в некоторых европейских странах стимулирует компании (как производителей, так и поставщиков медицинских услуг) агрессивно выводить на рынок продукцию, использование которой не только не гарантирует пользу, но даже может принести вред (McCartney 2012).

Расстановка приоритетов

В условиях ограниченных финансовых ресурсов лицам и структурам, ответственным за вопросы финансирования и организации медицинской помощи, предстоит принять продуманные взвешенные решения. В идеальном случае решение должно базироваться на сочетании результатов объективной оценки ожидаемых выгод и анализа роли, а также влияния социальных ценностей. Национальный институт здоровья и клинического совершенствования Соединенного Королевства разработал систему определения приоритетов на основании анализа затрат и выгод, в рамках которого стоимость рассматриваемой медицинской технологии и ее результативность, выраженные в количестве лет жизни с поправкой на качество (QALY), сравниваются с аналогичными характеристиками других (альтернативных) медицинских технологий. Тем не менее, на принятие решений также влияет мнение гражданского сообщества (гражданского совета), которое позволяет раскрыть влияние социальных факторов и ценностей на принятие конкретных клинических решений (Rawlins 2012). Кроме того, несмотря на задачу деполитизировать решения, правительства, средства массовой информации и фармацевтические компании продолжают оказывать влияние на их принятие (Teutsch and Rechel 2012).

Распределение ресурсов

Допустим, что по результатам оценки технологий здравоохранения определен перечень эффективных и рентабельных технологий, а анализ «затрат и эффективности» и инструменты приоритизации позволили выделить наиболее социально важные и наиболее эффективные из них. В таком случае должны быть обеспечены необходимые финансовые, кадровые и технические ресурсы, чтобы гарантировать равную и основанную на потребностях доступность выбранных технологий. В большинстве европейских стран распределение финансовых ресурсов по регионам (или по страховым организациям) никак не связано с «планированием на основе потребностей» врачей, больниц или технологий. Оба действия являются политически обоснованными, поскольку даже небольшие изменения в формуле расчета могут привести к значительным отрицательным или положительным различиям для данной области или страховщика. Тем не менее, фактические обсуждения и решения часто происходят за закрытыми дверями, а экспертиза общественного здравоохранения проводится далеко не всегда, даже если она необходима.

По сути, основной вопрос одинаков для обоих видов деятельности: какие факторы следует принимать во внимание? Хотя большинство формул для расчета распределения ресурсов, используемых на международном уровне, строятся на основании масштабов проблемы (то есть потребности в медицинских услугах), Mooney и Houston (2004) предложили альтернативный подход. Такой подход учитывает «способность получать пользу» (то есть в какой степени одни проблемы здоровья общества более разрешимы предлагаемой технологией, чем другие), а также результаты управленческого, экономического и социального анализа инфраструктуры (т. е. способность территории обеспечить результативность в решении проблем здоровья общества). Что касается учета факторов, связанных с потребностями, то существует консенсус, что использование легкодоступных демографических данных, таких как возраст и пол, является недостаточным. Вместе с тем нет единого понимания о глубине детализации и способах учета социально-экономических факторов, таких, например, как процент домохозяйств (семей) с одним родителем, уровень образования или средний доход (Rice and

Smith 2002). Другие выступают за использование показателя заболеваемости, который предпочитают использовать в странах, где развит конкурентный рынок медицинских страховых компаний (van de Ven, Beck et al. 2007). Теоретически такой подход является обоснованным, но все существующие показатели (например задокументированные диагнозы, рецепты, госпитализации), как правило, выше в областях с более высоким уровнем медицинского обслуживания (например в городских районах по сравнению с сельскими), а люди, нуждающиеся в медицинском обслуживании, но не охваченные им, либо не учитываются в структуре данных показателей, либо недостаточно представлены в них.

Создание моделей медицинской помощи

Выбор модели предоставления медицинской помощи имеет большое влияние на состояние здоровья населения. Это было проиллюстрировано на сравнении показателей детской смертности в регионе Англии, где действует децентрализованная служба неонатальной помощи, и в штате Виктория в Австралии с централизованной службой. После учета влияния важных факторов, в том числе веса младенца при рождении, обнаружилось, что для децентрализованной модели неонатальной службы характерен вдвое более высокий уровень смертности (Pearson, Shann et al. 1997) — такая же взаимосвязь была продемонстрирована в Германии (Heller, Schnell et al. 2003). В Соединенных Штатах Birkmeyer и коллеги (Birkmeyer, Siewers et al. 2002) выявили прямую количественную зависимость по типу объем-результат (т.е. более высокие результаты в больницах с большим количеством процедур) для многих типов медицинских вмешательств, причем наибольшие различия в показателях смертности варьировали в диапазоне от 16,3% до 3,8% в случае резекции поджелудочной железы. Данные когортных исследований пациентов с диабетом, а также сравнительных исследований заболеваемости и смертности указывают на то, что для более интегрированных моделей медицинской помощи характерны более высокие результаты (Nolte, Bain et al. 2006). С точки зрения общественного здравоохранения необходимо наращивать объем научных исследований в вопросах организации и предоставления медицинской помощи и, в частности, разработки интегрированных моделей, учитывающих широкий спектр потребностей пациентов.

Улучшение процесса предоставления медицинской помощи (качество процесса)

Улучшение состояния здоровья населения в результате использования эффективных медицинских вмешательств возможно при надлежащем выполнении медицинским персоналом двух задач: выбор «наиболее подходящего» для данного пациента вмешательства в «правильное» время и обеспечение высокого качества предоставляемой услуги (см. следующий раздел). Уже давно установлено, что медицинские услуги часто оказываются ненадлежащим образом (например не те услуги или не в то время). Это «исследование целесообразности» (Brook 2009) продемонстрировало, например, высокие показатели нецелесообразного проведения коронарной ангиографии, коронарного шунтирования и каротидной эндартерэктомии не только в Соединенных Штатах, но и в нескольких европейских странах.

В связи с этим мерам по совершенствованию процесса оказания медицинских услуг — в отношении целесообразности, своевременности, отношения пациента и т. д. — уделяется все большее внимание. Среди них — клинические рекомендации и программы ведения пациентов с определенными забо-

леваниями. Несмотря на то, что разработка руководящих принципов часто проводится клиницистами, в ряде европейских стран определенную роль в разработке, распространении и оценке клинических руководств играют специалисты в области обеспечения функционирования системы здравоохранения, опираясь на опыт проведения анализа ситуации и эффективности вмешательств (Legido-Quigley, Panteli et al. 2012). В настоящее время во многих странах Западной Европы существуют программы по разработке руководящих принципов на национальном, региональном или местном уровнях. Однако эти процессы различаются с точки зрения прозрачности и прямого использования научных данных. Европейское сотрудничество AGREE внесло большой вклад в повышение методологической корректности руководящих принципов (AGREE Collaboration 2003).

Результаты мониторинга (качество результата)

Как правило, большинство медицинских услуг предоставляется узкими специалистами, но даже в этом случае не все они имеют высокую квалификацию, что приводит к нежелательным последствиям. В последнее время имели место известные скандалы, связанные с оказанием медицинской помощи неприемлемого качества, далекого от установленных стандартов (Carter and Jarman 2013). Общественное здравоохранение с акцентом на медицинскую помощь предусматривает создание систем, которые могут выявлять подобные нежелательные события и инициировать необходимые мероприятия. Сравнение различных медицинских учреждений позволяет специалистам в области обеспечения функционирования системы здравоохранения выявлять различия в показателях деятельности, требующие более предметного изучения (Berta, Seghieri et al. 2013). Однако и здесь не все так однозначно.

Самый простой подход, по крайней мере, теоретически, — сравнение показателей смертности в разных больницах. Однако опыт проведения таких сравнений в Англии заставляет нас быть осторожными с таким подходом. Даже после учета влияния очевидных факторов, таких как возраст, диагноз и сопутствующие заболевания, остается еще много неучтенных моментов (Mohammed, Deeks et al. 2009; Girling, Hofer et al. 2012). Во-первых, в некоторых случаях смерть в больнице не является следствием неправильного лечения, например смерть находившегося на паллиативном лечении пациента. Такие случаи особенно распространены, если поблизости нет специальных для таких пациентов учреждений. Конечно, можно отдельно выделить (закодировать) всех пациентов с подобной патологией, но эта практика — так же, как и детализация на основании диагностических кодов — очень неоднозначна. Вторая проблема связана со случайными колебаниями показателя из-за относительно небольшой численности выборок. Несмотря на то, что мониторинг результатов может представлять определенную ценность, требуется соблюдать осторожность при интерпретации результатов, поскольку можно получить большое количество как ложноположительных, так и ложноотрицательных ответов, и, как следствие, «проглядеть» больницы с действительными проблемами.

Медицинские учреждения, в которых существуют серьезные проблемы с качеством обслуживания, как правило, позволяют идентифицировать сами работники этих учреждений или лица, взаимодействующие по тем или иным вопросам с такими работниками. Внедрение систем, которые позволяют людям в максимально простой форме и не опасаясь наказания указать на такие недостатки, может упростить задачу выявления медицинских учреждений, предоставляющих помощь несоответствующего уровня качества (Jarman 2012).

Это не означает, что сравнительные данные не важны. В некоторых странах вкладываются значительные средства (инвестиции) в разработку реестров пациентов, получающих определенные процедуры, например реестры, поддерживаемые кардиохирургами в Соединенном Королевстве. Эти более специализированные базы данных позволяют использовать гораздо более сложные методы корректировки анализа и прорабатывать четко согласованные определения случаев (Black and Tap 2013). В некоторых случаях они также включают информацию о результатах лечения, представленную самими пациентами (PROMS) (Black 2013). Важно отметить, что в случае, когда врачи являются ответственными за создание и ведение таких систем, риск недостоверности существенно снижается.

Информация для выполнения задач общественного здравоохранения с акцентом на медицинскую помощь

Для выполнения задач в рамках акцента на медицинскую помощь требуются данные о бремени болезней и данные о состоянии здоровья (результатах), которые можно связать с параметрами оказания медицинской помощи (см. главу 3 Мониторинг состояния здоровья населения). Один из подходов, упомянутых выше, — это оценка показателей смертности от устранимых (то есть поддающихся лечению) заболеваний, с использованием данных систем учета естественного движения населения. Если уровень смертности от определенной причины неожиданно высок в популяции, следует провести детальное расследование. Такое расследование, как правило, уже предполагает сбор информации из нескольких источников, например изучение историй болезней умерших пациентов или комплексное исследование пациентов с подобным состоянием, чтобы понять опыт обращения за медицинской помощью и получения ее у таких пациентов.

Примером первого был ретроспективный обзор клинических данных о 1 000 людях, умерших после серьезной травмы в Англии (Anderson, Woodford et al. 1988). Обзор выявил ряд недостатков как в организации реагирования службы на подобные случаи, так и в последующем ведении клинических случаев с травмами, что привело к значительным улучшениям в клинической практике. Последующие исследования показали, что смертность от серьезных травм в Англии и Уэльсе неуклонно снижалась не в результате какого-либо конкретного вмешательства, а вследствие комплекса различных мер (Lecky, Woodford et al. 2000).

Примером второго подхода является структурированная оценка опыта пациентов с диабетом и их лечащих врачей в целях выявления недостатков в системе здравоохранения (вставка 8.3).

В некоторых странах используются дополнительные источники данных, предоставляющие важную информацию о том, в какой степени медицинское обслуживание отвечает потребностям населения в плане здоровья. Наиболее доступными являются регистры онкологических заболеваний. Однако только в некоторых странах такие регистры охватывают все население; это государства Северной Европы, Соединенное Королевство, Словения и Эстония. В других странах регистры распространяются только на ограниченные и не всегда репрезентативные в масштабах страны регионы. Эти системы предоставляют информацию о различных аспектах онкологической службы. Во-первых, они позволяют идентифицировать случаи диагностики раковых заболеваний «только после смерти», так называемые случаи из «свидетельства о смерти». Если они составляют чрезмерно высокую долю от всех зарегистрированных случаев в реестре, это говорит о проблемах с доступно-

Вставка 8.3 Диабет в качестве «зеркала» эффективности работы системы здравоохранения

Инсулинозависимый диабет является идеальным показателем для оценки организации и оказания медицинской помощи, поскольку людей с диабетом легко выявить, и в случае плохой работы системы здравоохранения результаты очевидны и включают серьезные осложнения, в том числе ампутацию, слепоту и преждевременную смерть. Исследования, проведенные в Грузии (Balabanova, McKee et al. 2009) и Кыргызстане (Beran, Abdraimova et al. 2012), представили взгляд на функционирование системы здравоохранения с точки зрения пациентов с диабетом и их врачей (медицинских организаций). В обоих исследованиях были обнаружены недостатки кадровых ресурсов (у специалистов отсутствовали необходимые навыки), материальных ресурсов (например отсутствие функционирующих систем для закупки и распределения инсулина, недоступность глюкометров и отсутствие оборудования для обеспечения ухода за ногами), а также недостатки в системе общего управления ресурсами (слаборазвитая система диспансерного наблюдения за пациентами и большие наличные платежи).

стью медицинской помощи. Аналогичную информацию можно получить из данных о стадии заболевания на момент диагностики. В идеальном случае онкологическое заболевание должно быть диагностировано как можно раньше, поскольку в большинстве случаев прогноз на ранней стадии заболевания значительно более благоприятный. Данные регистра онкологических заболеваний также предоставляют информацию о качестве медицинской помощи, позволяя сравнивать выживаемость в разных группах населения и в разных условиях. Однако к интерпретации таких данных следует подходить с осторожностью из-за возможности систематической ошибки, связанной с длительностью периода заболевания от момента постановки диагностики, так как ранняя диагностика может продлевать зарегистрированную выживаемость, тогда как время наступления летального исхода с момента развития ракового заболевания остается прежним. Данные онкорегистров оказали огромное влияние на выявление различий в эффективности лечения и способствовали внедрению изменений в политике и практике (Abdel-Rahman, Stockton et al. 2009), при этом наиболее значительные положительные изменения произошли в результате сотрудничества между европейскими регистрами в рамках серии проектов EUROCARE (Sant, Allemani et al. 2009).

Онкорегистры являются наиболее широкодоступными популяционными базами данных о результатах лечения. Подобный принцип был использован и при создании регистров для других заболеваний, хоть и в меньшем масштабе. В ряде европейских стран были созданы регистры инсульта, а сравнительный анализ показал улучшение результатов лечения, связанных с усовершенствованием организации оказания медицинской помощи (Ayis, Coker et al. 2013).

В Европе также существует целый ряд регистров орфанных заболеваний, хотя их охват варьирует; кроме того, многие из них не всегда получают финансирование и проводятся исключительно за счет энтузиазма нескольких отдельных лиц (Rare Diseases Task Force 2011). Тем не менее, анализ данных из указанных регистров выявил значительные различия в разных европейских странах в ведении пациентов и результатах лечения таких заболеваний, как кистозный фиброз (муковисцидоз) (Colombo and Littlewood 2011).

Потенциал системы оказания медицинской помощи для укрепления здоровья

Взаимоотношения пациента с врачом – это не просто способ для постановки диагноза или назначения лечения. Это также ценная возможность для профилактики заболеваний и укрепления здоровья (см. главу 10 Укрепление здоровья). Общественное здравоохранение с акцентом на медицинскую помощь предполагает стратегии, которые максимизируют эти возможности (McKee 2002).

Само собой разумеется, что медицинское учреждение должно строиться и функционировать таким образом, чтобы способствовать укреплению здоровья не только обратившихся в учреждение пациентов, но и работающих в нем сотрудников. К настоящему моменту сетью больниц проекта Health Promoting Hospitals (Больницы, нацеленные на укрепление здоровья) в Европе накоплен обширный опыт, хотя прогресс в расширении концепции за пределы пилотных учреждений весьма ограниченный (Whitehead 2004). Среди мероприятий по укреплению здоровья — улучшение условий внешней среды в больницах, поощрение активных способов передвижения (например путем строительства велосипедных дорожек и велостоянок), запрет на курение вблизи медицинских учреждений (в случаях, если такой запрет не введен на национальном уровне), здоровое питание и сокращение углеродных производственных выбросов (Rechel, Wright et al. 2009). К сожалению, количество таких медицинских учреждений по-прежнему ограничено.

Сам дизайн учреждений может способствовать или препятствовать выздоровлению. Так, в комфортной среде пациенты восстанавливаются быстрее и в меньшей степени нуждаются в облегчении боли. Одной из проблем, которая часто не учитывается при проектировании больниц, является высокий уровень шума, который может приводить к нарушению сна пациентов. Использование шумопоглощающих материалов способствует значительному снижению уровня шума (Rechel, Erskine et al. 2009).

Медицинские учреждения также должны быть разработаны таким образом, чтобы быть доступными для всего населения. Такой подход предполагает использование архитектурных решений, не создающих препятствий для людей с ограниченными возможностями, в том числе для лиц в инвалидных колясках, с нарушением зрения или слуха. Кроме того, следует обеспечить хорошую видимость знаков, указывающих направление: они должны быть понятны и при необходимости сопровождаться переводом на разные языки (Rechel, Erskine et al. 2009).

Наконец, момент консультирования пациента врачом является идеальным для проведения индивидуальной работы (передачи необходимой информации) по укреплению здоровья (см. главу 10 Укрепление здоровья; главу 14 Организация и финансирование общественного здравоохранения). В личной беседе с медицинскими работниками пациенты, как правило, более восприимчивы к рекомендациям о том, как можно изменить свой образ жизни. Плановая госпитализация — еще одна хорошая возможность изучить и проанализировать образ жизни пациента. Курящие пациенты, которые готовятся к плановой хирургической операции, подвержены большому риску развития ряда осложнений, включая легочные инфекции и нарушения заживления ран. Следовательно, имеются веские основания для направления такого пациента в службу, помогающую бросить курить, где пациенту будут даны рекомендации относительно связанных с курением рисков и при необходимости смогут назначить никотиновую заместительную терапию (McKee, Gilmore et al. 2003). Появляется все больше доказательств

того, что короткие вмешательства в сочетании с фармакотерапией помогают пациентам бросить курить (Stead and Lancaster 2012) или избежать вредоносного употребления алкоголя (Spanou, Simpson et al. 2010).

Таким образом, акцент общественного здравоохранения на медицинскую помощь предполагает свой вклад в проектирование и функционирование медицинских учреждений и реализацию мер по обеспечению того, чтобы каждая встреча врача с пациентом представляла собой возможность для укрепления здоровья. Вместе с тем стоит отметить, что существует необходимость в проведении дополнительных оценочных исследований в этой области, построенных на более строгой и точной методике (McHugh, Robinson et al. 2010).

Совместная работа

Мероприятия, описанные в этой главе, в некоторых странах серьезно отходят от традиционной роли общественного здравоохранения, которая, как правило, отделена от системы оказания медицинской помощи. Однако это разделение все чаще признается искусственным; изменение ситуации потребует много больше, чем просто создание новых организационных моделей. Оно потребует создания новой культуры, основанной на взаимном уважении, в которой с одной стороны, врачи-клиницисты признают ценность навыков в области эпидемиологии, статистики и оценочных исследований специалистов общественного здравоохранения, а с другой стороны, работники общественного здравоохранения демонстрируют все лучшее понимание быстро меняющейся медицинской научной базы и сложностей, с которыми ежедневно сталкиваются практикующие врачи. Это, в свою очередь, влияет на отбор, обучение и вознаграждение работников сферы общественного здравоохранения, которая в некоторых странах по-прежнему рассматривается как профессиональная область для тех, кто так и не добился успехов в клинической практике.

Заключение

Известно, что система здравоохранения признана одним из важных факторов, определяющим состояние здоровья населения. Тем не менее, во многих странах Европы отмечается недостаток взаимодействия между общественным здравоохранением и системой здравоохранения (как системой оказания медицинской помощи). В итоге вопросами организации процесса оказания медицинской помощи занимаются только те, кто непосредственно предоставляет медицинские услуги. Тип и объем медицинской помощи чаще всего определяется спросом. Другими словами, в случае, если большое количество пациентов «стоит в очереди» на получение услуги, предоставление такой помощи будет расширено, конечно, при условии наличия достаточного финансирования, способного обеспечить доступность и в некоторых случаях — прибыль. Мало внимания уделяется тем людям, которые не могут превратить свою потребность в медицинской помощи в спрос на медицинскую помощь. В результате те, кто уже изначально находится в невыгодном ущемленном положении, например бедные, представители этнических меньшинств и мигранты, не имеющие документов, так и останутся за пределами системы. Напротив, подход с точки зрения общественного здравоохранения направлен на рассмотрение ситуации о потребности в медицинской помощи у населения в целом: насколько система здравоохранения отвечает потребностям всего населения, в том числе тех людей, чьи «голоса», как правило, не слышны.

Хотя всеобъемлющий (комплексный) подход с точки зрения общественного здравоохранения, описанный в этой главе, может способствовать совершен-

ствование предоставления медицинской помощи всему населению, на практике его придерживаются редко. Отчасти это обусловлено тем, что его использование предполагает несколько моментов. Во-первых, всегда существует некая организация, ответственная за оказание медицинской помощи населению, которая определяется как правило, по территориальному признаку, но также и по месту работы или по другим признакам. Без характеристики популяции (без полноценного демографического знаменателя) и более того, без источников информации о характеристиках этой популяции (возраста, пола, социально-экономического статуса и этнической принадлежности) невозможно оценить степень дифференцированного использования услуг и, таким образом, определить степень неудовлетворенности потребностей. Это неизбежно означает, что для реализации своей задачи по обеспечению функционирования системы здравоохранения общественному здравоохранению придется преодолеть значительно большие трудности в странах, где здравоохранение в основном финансируется через фонды социального страхования, чем в странах, где оно финансируется преимущественно из налогового бюджета (McKee, Delnoij et al. 2004). Тем не менее прогресс был достигнут и в системах социального страхования, таких как французские региональные медицинские агентства, которые с 2010 г. скоординировали медицинское обслуживание, предоставляемое различными поставщиками услуг в разных географических регионах.

Вторая презумпция заключается в том, что вопросы организации и предоставления медицинской помощи не должны возникать или решаться сугубо в рамках законов рынка либо процессов планирования, разобщенных с научными данными. Это все чаще признается в различных европейских странах, например путем создания региональных агентств для планирования сетей по обеспечению ухода за людьми с комплексными заболеваниями, такими как рак. Примером успешной инициативы в этом направлении является сеть онкологических организаций в Англии, которая в настоящее время находится под угрозой в результате правительственных реформ в области здравоохранения в 2013 г. (Hawkes 2012).

Третья презумпция заключается в том, что в сфере общественного здравоохранения имеются специалисты, обладающие достаточным опытом для реализации такой перспективы. Во многих европейских странах хотя бы одна, а то и все эти презумпции не находят своего отражения. Вместе с тем, даже в этих странах существуют некоторые компоненты, такие как оценка эффективности (например в рамках проведения оценки технологий здравоохранения), мониторинг и оценка (в форме обеспечения качества) или включение вопросов укрепления здоровья или общественного здравоохранения в процессы оказания медицинской помощи — хотя те, кто занимается этими видами деятельности, по-разному оценивают свою вовлеченность в область общественного здравоохранения.

Крайне важно, чтобы общественное здравоохранение рассматривало все пути, которыми система здравоохранения реагирует на потребности общества. Это предполагает обеспечение гарантий предоставления только эффективной медицинской помощи и исключения из практики неэффективной. Это также предполагает рассмотрение вопроса полноты охвата: получают ли услуги все, кому они нужны, и кто получит от этого пользу, или же услуги предоставляются только избранной категории людей. В частности, подход с позиций общественного здравоохранения предоставит возможность заявить о своих потребностях даже тем, кого по различным причинам, как правило, не слышно. Наконец, данный подход позволит интегрировать вопросы укрепления здоровья и профилактики в процессы взаимоотношений врача и пациента.

Библиография

- Abdel-Rahman, M., D. Stockton, B. Rachet, T. Hakulinen and M. P. Coleman (2009). "What if cancer survival in Britain were the same as in Europe: how many deaths are avoidable?" *British Journal of Cancer* 101(Suppl. 2): S115-S124.
- Abel-Smith, B., J. Figueras, W. Holland, M. McKee and E. Mossialos (1995). *Choices in Health Policy: An agenda for the European Union*. Luxembourg, Dartmouth. AGREE Collaboration (2003). "Development and validation of an international appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines: the AGREE project." *Quality and Safety in Health Care* 12(1): 18-23.
- Anderson, I. D., M. Woodford, F. T. de Dombal and M. Irving (1988). "Retrospective study of 1000 deaths from injury in England and Wales." *British Medical Journal* 296(6632): 1305-1308.
- Ayis, S. A., B. Coker, A. Bhalla, I. Wellwood, A. G. Rudd, A. Di Carlo, Y. Bejot, D. Ryglewicz, D. Rastenyte, P. Langhorne, M. S. Dennis, C. McKeivitt and C. D. Wolfe (2013). "Variations in acute stroke care and the impact of organised care on survival from a European perspective: the European Registers of Stroke (EROS) investigators." *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* 84: 604-612.
- Balabanova, D., M. McKee, N. Koroleva, I. Chikovani, K. Gogvadze, T. Kobaladze, O. Adeyi and S. Robles (2009). "Navigating the health system: diabetes care in Georgia." *Health Policy Planning* 24(1): 46-54.
- Barnett, K., S. W. Mercer, M. Norbury, G. Watt, S. Wyke and B. Guthrie (2012). "Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study." *The Lancet* 380(9836): 37-43.
- Beran, D., A. Abdraimova, B. Akkaziya, M. McKee, D. Balabanova and J. S. Yudkin (2012). "Diabetes in Kyrgyzstan: changes between 2002 and 2009." *International Journal of Health Planning and Management* 28(2): e121-e137.
- Berta, P., C. Seghieri and G. Vittadini (2013). "Comparing health outcomes among hospitals: the experience of the Lombardy Region." *Health Care Management Science* 16(3): 245-257.
- Birkmeyer, J. D., A. E. Siewers, E. V. Finlayson, T. A. Stukel, F. L. Lucas, I. Batista, H. G. Welch and D. E. Wennberg (2002). "Hospital volume and surgical mortality in the United States." *New England Journal of Medicine* 346(15): 1128-1137.
- Black, N. (2013). "Patient reported outcome measures could help transform healthcare." *British Medical Journal* 346: f167.
- Black, N. and S. Tan (2013). "Use of national clinical databases for informing and for evaluating health care policies." *Health Policy* 109(2): 131-136.
- Brook, R. H. (2009). "Assessing the appropriateness of care - its time has come." *Journal of the American Medical Association* 302(9): 997-998.
- Busse, R., E. van Ginneken and C. Normand (2012). "Re-examining the cost pressures on health systems." In *Health Systems: Health, wealth and societal well-being*. M. McKee and J. Figueras, Eds. Maidenhead, Open University Press: 37-60.
- Carter, P. and B. Jarman (2013). "Who knew what, and when, at Mid Staffs?" *British Medical Journal* 346: f726.
- Colombo, C. and J. Littlewood (2011). "The implementation of standards of care in Europe: state of the art." *Journal of Cystic Fibrosis* 10(Suppl. 2): S7-S15.
- Doyle, Y., M. McKee, B. Rechel and E. Grundy (2009). "Meeting the challenge of population ageing." *British Medical Journal* 339: b3926.
- Girling, A. J., T. P. Hofer, J. Wu, P. J. Chilton, J. P. Nicholl, M. A. Mohammed and R. J. Lilford (2012). "Case-mix adjusted hospital mortality is a poor proxy for preventable mortality: a modelling study." *BMJ Quality and Safety* 21(12): 1052-1056.
- Goldacre, B. (2013). *Bad Pharma: How drug companies mislead doctors and harm patients*. London, Signal.
- Hawkes, N. (2012). "Cancer and heart disease networks face cuts, say charities." *British Medical Journal* 345: e6800.
- Healy, J. and M. McKee (2004). *Accessing Healthcare: Responding to diversity*. Oxford, Oxford University Press.

- Heller, G., R. Schnell, D. K. Richardson, B. Misselwitz and S. Schmidt (2003). "[Assessing the impact of delivery unit size on neonatal survival: estimation of potentially avoidable deaths in Hesse, Germany, 1990-2000]." *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 128(13): 657-662.
- Hunter, D. J., C. M. McKee, N. A. Black and C. F. Sanderson (1995). "Health care sought and received by men with urinary symptoms, and their views on prostatectomy." *British Journal of General Practice* 45(390): 27-30.
- Hunter, D. J., C. M. McKee, C. F. Sanderson and N. A. Black (1994). "Appropriate indications for prostatectomy in the UK - results of a consensus panel." *Journal of Epidemiology and Community Health* 48(1): 58-64.
- Jarman, B. (2012). "When managers rule." *British Medical Journal* 345: e8239.
- Lecky, F., M. Woodford and D. W. Yates (2000). "Trends in trauma care in England and Wales 1989-97. UK Trauma Audit and Research Network." *The Lancet* 355(9217): 1771-1775.
- Legido-Quigley, H., D. Panteli, S. Brusamento, C. Knai, V. Saliba, E. Turk, M. Sole, U. Augustin, J. Car, M. McKee and R. Busse (2012). "Clinical guidelines in the European Union: mapping the regulatory basis, development, quality control, implementation and evaluation across member states." *Health Policy* 107(2/3): 146-156.
- Maringe, C., S. Walters, J. Butler, M. P. Coleman, N. Hacker, L. Hanna, B. J. Mosgaard, A. Nordin, B. Rosen, G. Engholm, M. L. Gjerstorff, J. Hatcher, T. B. Johannesen, C. E. McGahan, D. Meehan, R. Middleton, E. Tracey, D. Turner, M. A. Richards and B. Rachet (2012). "Stage at diagnosis and ovarian cancer survival: evidence from the International Cancer Benchmarking Partnership." *Gynecologic Oncology* 127(1): 75-82.
- McCartney, M. (2012). *The Patient Paradox*. London, Pinter & Martin.
- McHugh, C., A. Robinson and J. Chesters (2010). "Health promoting health services: a review of the evidence." *Health Promotion International* 25(2): 230-237.
- McKee, M. (2002). "What can health services contribute to the reduction of inequalities in health?" *Scandinavian Journal of Public Health Suppl.* 59: 54-58.
- McKee, M. (2010). "Citizens' juries: more questions than answers?" *Journal of Epidemiology and Community Health* 64(9): 750-751.
- McKee, M., D. M. J. Delnoij and H. Brand (2004). "Prevention and public health in social insurance systems." In *Social Health Insurance Systems in Western Europe*. R. Saltman, R. Busse and J. Figueras, Eds. Buckingham, Open University Press: 267-280.
- McKee, M., A. Gilmore and T. E. Novotny (2003). "Smoke free hospitals." *British Medical Journal* 326(7396): 941-942.
- Mindell, J., E. Klodowski, J. Fitzpatrick, N. Malhotra, M. McKee and C. Sanderson (2008). "The impact of private-sector provision on equitable utilisation of coronary revascularisation in London." *Heart* 94(8): 1008-1011.
- Mohammed, M. A., J. J. Deeks, A. Girling, G. Rudge, M. Carmalt, A. J. Stevens and R. J. Lilford (2009). "Evidence of methodological bias in hospital standardised mortality ratios: retrospective database study of English hospitals." *British Medical Journal* 338: b780.
- Mooney, G. and S. Houston (2004). "An alternative approach to resource allocation: weighted capacity to benefit plus MESH infrastructure." *Applied Health Economics and Health Policy* 3(1): 29-33.
- Nolte, E., C. Bain and M. McKee (2006). "Diabetes as a tracer condition in international benchmarking of health systems." *Diabetes Care* 29(5): 1007-1011.
- Nolte, E. and C. M. McKee (2012). "In amenable mortality - deaths avoidable through health care - progress in the US lags that of three European countries." *Health Affairs (Millwood)* 31(9): 2114-2122.
- Nolte, E. and M. McKee (2004). *Does Health Care Save Lives? Avoidable mortality revisited*. London, Nuffield Trust.
- Nolte, E. and M. McKee (2011). "Variations in amenable mortality - trends in 16 high-income nations." *Health Policy* 103(1): 47-52.
- Oliver, M. I., N. Pearson, N. Coe and D. Gunnell (2005). "Help-seeking behaviour in men and women with common mental health problems: cross-sectional study." *British Journal of Psychiatry* 186: 297-301.
- Pearson, G., F. Shann, P. Barry, J. Vyas, D. Thomas, C. Powell and D. Field (1997). "Should paediatric intensive care be centralised? Trent versus Victoria." *The Lancet* 349(9060): 1213-1217.

- Petherick, E. S., N. A. Cullum and K. E. Pickett (2013). "Investigation of the effect of deprivation on the burden and management of venous leg ulcers: a cohort study using the THIN database." *PLoS One* 8(3): e58948.
- Priebe, S., A. Matanov, H. Barros, R. Canavan, E. Gabor, T. Greacen, P. Holcnerova, U. Kluge, P. Nicaise, J. Moskalewicz, J. M. Diaz-Olalla, C. Strassmayr, A. H. Schene, J. J. Soares, S. Tulloch and A. Gaddini (2013). "Mental health-care provision for marginalized groups across Europe: findings from the PROMO study." *European Journal of Public Health* 23(1): 97-103.
- Rare Diseases Task Force (2011). *Patient Registries in the Field of Rare Diseases: Overview of the issues surrounding the establishment, management, governance and financing of academic registries*. Brussels, Orphanet.
- Rawlins, M. (2012). "Reflections: NICE, health economics, and outcomes research." *Value in Health* 15(3): 568-569.
- Rechel, B., J. Erskine, B. Dowdeswell, S. Wright and M. McKee (2009). *Capital Investment for Health: Case studies from Europe*. Copenhagen, European Observatory on Health Systems and Policies.
- Rechel, B., S. Wright, N. Edwards, B. Dowdeswell and M. McKee (2009). *Investing in Hospitals of the Future*. Copenhagen, European Observatory on Health Systems and Policies.
- Rice, N. and P. Smith (2002). "Strategic resource allocation and funding decisions." In *Funding Health Care: Options for Europe*. E. Mossialos, A. Dixon, J. Figueras and J. Kutzin, Eds. Buckingham, Open University Press: 250-271.
- Sanderson, C. F., D. J. Hunter, C. M. McKee and N. A. Black (1997). "Limitations of epidemiologically based needs assessment: the case of prostatectomy." *Medical Care* 35(7): 669-685.
- Sant, M., C. Allemani, M. Santaquilani, A. Knijn, F. Marchesi and R. Capocaccia (2009). "EUROCORE-4: Survival of cancer patients diagnosed in 1995-1999. Results and commentary." *European Journal of Cancer* 45(6): 931-991.
- Spanou, C., S. A. Simpson, K. Hood, A. Edwards, D. Cohen, S. Rollnick, B. Carter, J. McCambridge, L. Moore, E. Randell, T. Pickles, C. Smith, C. Lane, F. Wood, H. Thornton and C. C. Butler (2010). "Preventing disease through opportunistic, rapid engagement by primary care teams using behaviour change counselling (PRE-EMPT): protocol for a general practice-based cluster randomised trial." *BMC Family Practice* 11: 69.
- Stead, L. F. and T. Lancaster (2012). "Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation." *Cochrane Database of Systematic Reviews* 10: CD008286.
- Stevens, A. and J. Gabbay (1991). "Needs assessment needs assessment." *Health Trends* 23(1): 20-23.
- Sundmacher, L. and R. Busse (2011). "The impact of physician supply on avoidable cancer deaths in Germany: a spatial analysis." *Health Policy* 103(1): 53-62.
- Tempfer, C. B. and P. Nowak (2011). "Consumer participation and organizational development in health care: a systematic review." *Wiener Klinische Wochenschrift* 123(13/14): 408-414.
- Teutsch, S. and B. Rechel (2012). "Ethics of resource allocation and rationing medical care in a time of fiscal restraint - US and Europe." *Public Health Reviews* 34(1): 1-10.
- Tugwell, P., K. Bennett, D. Feeny, G. Guyatt and R. B. Haynes (1984). "A framework for the evaluation of technology: the technology assessment iterative loop." In *Health Care Technology: Effectiveness, efficiency and public policy*. D. Feeny, G. Guyatt and P. Tugwell, Eds. Ottawa, Canadian Medical Association and The Institute for Research on Public Policy: 41-56.
- van de Ven, W. P., K. Beck, C. Van de Voorde, J. Wasem and I. Zmora (2007). "Risk adjustment and risk selection in Europe: 6 years later." *Health Policy* 83(2/3): 162-179.
- Velasco Garrido, M., F. B. Kristensen, C. P. Nielsen and R. Busse (2008). *Health Technology Assessment and Health Policy-making in Europe*. Copenhagen, European Observatory on Health Systems and Policies.
- Whitehead, D. (2004). "The European Health Promoting Hospitals (HPH) project: how far on?" *Health Promotion International* 19(2): 259-267.

Скрининг

Martin McKee, Bernd Rechel

Введение

Скрининг как средство раннего выявления заболеваний является признанной функцией общественного здравоохранения во всей Европе. Однако тут не обходится без разногласий. Теоретически раннее выявление самого заболевания или маркера развивающейся болезни имеет определенный смысл. Обнаружение позволит предпринять необходимые действия на ранней стадии и предотвратить развитие или прогрессирование заболевания. Однако на самом деле ситуация гораздо сложнее, и существует множество программ скрининга, которые либо не реализуют в полной мере свой потенциал, либо, что еще хуже, совершенно неэффективны или даже вредны. Существует основное различие между организованным скринингом (характеризуется направленностью наблюдения на определенную целевую группу населения, централизованной организацией и планированием, систематическим мониторингом участия различных групп населения, научно-обоснованными интервалами проведения мероприятий скрининга и наличием системы обеспечения качества) и оппортунистическим скринингом (характеризуется незапланированным спонтанным проведением в случаях, когда пациенты сами обращаются за медицинской помощью, или по просьбе пациента) (Holland and Stewart 2005; Nakama, Coleman et al. 2008). Организованный скрининг почти всегда более эффективен, лучше использует имеющиеся ресурсы и с меньшей вероятностью может привести к негативным последствиям.

В настоящей главе основное внимание будет уделено программам скрининга на рак, но прежде чем подробно рассмотреть их, следует отметить, что всего существует несколько категорий программ скрининга. Первая категория включает в себя те виды скрининга, которые предпринимаются для обнаружения тяжелых аномалий развития плода, таких как дефекты нервной трубки, или хромосомных аномалий, таких как синдром Дауна. В случае своевременного выявления таких аномалий у беременной женщины есть возможность получить необходимую врачебную консультацию и принять осознанный обоснованный выбор в отношении возможного прерывания беременности. Другие скрининговые методы предлагаются матерям с тяжелой наследственностью по определенным заболеваниям. В недавнем опросном исследовании практики антенатального скрининга, проведенном в 2004 г. в 18 странах Европейского региона, сообщалось, что в 10 странах были разработаны стратегии или рекомендации для выявления синдрома Дауна (табл. 9.1) и в 14 странах – для выявления структурных аномалий (Boyd, Devigan et al. 2008). Однако стратегии различаются как в отношении используемых методов, так и в отношении критериев определения лиц группы повышенного риска. Известно, что частота развития синдрома Дауна увеличивается с возрастом беременной, но существуют

Таблица 9.1 Стратегия проведения скрининга для выявления синдрома Дауна в 18 странах Европы в 2004 г.

Страна	Национальная программа скрининга или рекомендация по проведению скрининга среди всех женщин	Возраст (годы), в котором предлагается проведение амниоцентеза или БХ
Австрия	Отсутствует	≥35
Англия и Уэльс	Присутствует	Возраст матери не является основным критерием для проведения амниоцентеза
Бельгия	Присутствует	≥36 (платно в возрасте <36)
Германия	Присутствует	≥35
Дания	Присутствует	Возраст матери не является основным критерием для проведения амниоцентеза
Ирландия	Отсутствует	—
Испания	Отсутствует	≥35
Италия	Присутствует	≥35
Мальта	Отсутствует	—
Нидерланды	Отсутствует	≥36
Норвегия	Отсутствует	≥38
Польша	Присутствует	≥35
Португалия	Присутствует	≥35
Финляндия	Присутствует	≥39
Франция	Присутствует	38
Хорватия	Отсутствует	35
Швейцария	Присутствует	Возраст матери не является основным критерием для проведения амниоцентеза
Швеция	Отсутствует	≥35

Источник: Boyd, Devigan et al. (2008)

значительные различия в возрастных критериях, в соответствии с которыми врачи предлагают провести амниоцентез или биопсию хориона (БХ). Одной из ключевых причин такой ситуации является различие в возможностях прерывания беременности в странах Европы. На момент написания книги существует фактический запрет на прерывание беременности в Ирландии и на Мальте; таким образом, те женщины, которые хотят прервать беременность, должны ехать за границу. В то же время в Польше действуют строгие ограничения в отношении аборта.

Вторая категория программ скрининга - скрининг у новорожденных. Данная категория не вызывает разногласий, и скрининг может быть легко проведен без значительных затрат посредством сбора сухих кровяных клеток у новорожденных. Хотя заболевания (состояния), которые пытаются обнаружить врачи, редки, «оставленные» без своевременного лечения или коррекции (т.е. не обнаруженные вовремя) эти заболевания имеют очень серьезные последствия для здоро-

вья ребенка. В каждом случае существует лечение, которое может значительно изменить течение заболевания. С внедрением новых технологий число заболеваний, поддающихся скринингу, быстро увеличилось, и сегодня некоторые страны предлагают методы, которые могут выявить до 20 отклонений от нормы. В ходе недавнего исследования был сделан обзор ситуации в Европе в 2007 г. (Bodamer, Hoffmann et al. 2007), которая быстро меняется к лучшему. Примерами наиболее типичных аномалий, на которые направлен скрининг, являются: фенилкетонурия, приводящая к серьезным и необратимым психическим расстройствам в случае, если ребенок не будет соблюдать специальную диету; врожденный гипотиреоз, который приводит к серьезным проблемам с обучением, если его не лечить с помощью гормона щитовидной железы в форме простого перорального препарата; дефицит среднецепочной ацил-КоА-дегидрогеназы жирных кислот (MCADD), который тоже лечится посредством специальной диеты. В некоторых европейских странах скрининг новорожденных также включает в себя проведение тестов на заболевания, для которых хоть и не существует единого эффективного лечения, но можно применить ряд мер, замедляющих прогрессирование болезни или уменьшающих ее последствия. К таким заболеваниям относится муковисцидоз и серповидноклеточная анемия (дрепаноцитоз). Последнее является примером состояния, для которых необходимо учитывать наследственный фактор. В основном заболевание развивается среди выходцев афро-карибского региона, поэтому проведение скрининга наиболее обосновано в странах, где данная этническая группа представлена в значительном количестве.

Третья категория программ скрининга касается инфекционных заболеваний, особенно туберкулеза (ТБ), хотя антенатальный скрининг на сифилис также широко распространен. В то время как некоторые страны ограничиваются скринингом на ТБ только для контактов с легочными формами ТБ и положительными результатами микроскопии мокроты, в других странах проводится скрининг ВИЧ-инфицированных лиц, заключенных, а также получающих лечение в стационаре (Bothamley, Ditiu et al. 2008). В восточной части Европейского региона ВОЗ есть страны, такие как Беларусь и Украина, в которых отмечается широкая распространенность туберкулеза и которые, по-прежнему, полагаются на диагностику путем массового скрининга населения посредством рентгенологического исследования (Atun and Olynik 2008; Richardson, Voerma et al. 2008). Из 50 европейских стран, участвовавших в исследовании в 2006 г., в 28 странах проводился скрининг иммигрантов на туберкулез (Bothamley, Ditiu et al. 2008). Тем не менее польза этой практики на индивидуальном уровне, а также для всего общественного здравоохранения являются весьма спорными (Wormann and Kramer 2011).

Четвертая категория программ скрининга связана с факторами риска развития неинфекционных заболеваний, такими как повышенное артериальное давление, избыточный вес и ожирение, недостаточная физическая активность, потребление табака и алкоголя, высокий уровень холестерина и глюкозы в крови и содержание соли в моче. Европейские инициативы, направленные на улучшение профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, включают рекомендации для клинической практики (Perk, De Backer et al. 2012). Эти мероприятия соответствуют Глобальному плану действий по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними на 2008–2013 гг., в котором рекомендовано реализовывать программы раннего выявления и скрининга гипертонии, диабета и риска сердечно-сосудистых заболеваний (WHO 2008).

В настоящей главе рассматривается последняя категория программ скрининга, направленная на выявление рака на ранних стадиях. Глава начинается с рассмотрения установленных критериев для реализации программы скрининга.

Затем рассматривается опыт реализации программ скрининга для некоторых заболеваний, в том числе случаев, для которых нет единого подхода. После этого следует краткий обзор практик проведения скрининга в Европе. В конце главы рассматривается роль общественного здравоохранения в организации и управлении программами скрининга.

Когда оправдана программа скрининга?

Основные критерии оценки программ скрининга были изложены в докладе 1968 г., подготовленном для Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) (вставка 9.1).

Из данных критериев очевидно, что, возможно, имеет смысл разрабатывать программу скрининга только для определенных заболеваний и только при определенных условиях развития заболевания. Не имеет смысла проводить скрининг на заболевание или состояние, которое встречается крайне редко, т.к., вероятно, потребуются обследование десятков тысяч людей для выявления единичного случая. Тем не менее частота развития заболеваний, для которых может потребоваться скрининг, может варьировать в разных популяциях. Таким образом, возможно, целесообразно проводить скрининг на конкретное онкологическое заболевание там, где оно распространено, но не там, где оно встречается редко. Это условие может меняться с течением времени. Все более распространенной становится практика иммунизации девочек-подростков против вируса папилломы человека, что со временем сделает рак шейки матки крайне редким явлением, и существующие программы скрининга на это заболевание могут стать излишними. Однако важность заболевания не оценивается просто по частоте его развития. Еще одним ключевым фактором является его воздействие на человека. Чтобы заболевание представляло важную медицинскую проблему, оно должно угрожать жизни человека или представлять риск развития серьезных по-

Вставка 9.1 Основные критерии оценки программ скрининга

1. Выявляемое заболевание должно являться важной проблемой здравоохранения.
2. Должны существовать эффективные и приемлемые меры лечения больных с диагностированным заболеванием.
3. Должны быть в наличии службы для диагноза и лечения.
4. Выявляемая болезнь должна иметь распознаваемую латентную или раннюю симптоматическую стадию.
5. Должны существовать подходящие методики или исследования.
6. Исследование не должно доставлять чрезмерных неудобств для населения.
7. Следует хорошо понимать закономерности естественного развития заболевания от латентной до явной формы.
8. Следует четко определить, кто именно входит в категорию лиц, требующих лечения.
9. Затраты на выявление случаев болезни (включая диагностика и лечение выявленных больных) должны быть экономически сбалансированы с возможными затратами на медицинское обслуживание в целом.
10. Выявление случаев болезни должно быть непрерывным процессом, а не единовременной кампанией.

Источник: Wilson and Jungner (1968)

следствий. Как следствие, программы скрининга в основном сосредоточены на раковых заболеваниях и наследственных нарушениях обмена веществ, а также аномалиях развития плода. Все чаще слышатся призывы к проведению скрининга на сердечно-сосудистые заболевания и связанные с ними факторы риска, но в то же время существует альтернативное мнение, что необходимые ресурсы лучше потратить на массовые популяционные меры, чтобы в первую очередь уменьшить воздействие этих факторов риска (McCartney 2012).

Второй и третий критерии в равной степени очевидны, но зачастую не учитываются на практике. В 1980-х гг. в ряде коммунистических стран Центральной и Восточной Европы был проведен радиологический скрининг на рак легких с применением оборудования, которое недостаточно использовалось для диагностики туберкулеза. К сожалению, в то время существовало мало возможностей для лечения тех пациентов, у которых был выявлен рак. Четвертый критерий требует, чтобы заболевание имело стадию, когда лечение может быть эффективным. Как и на примере скрининга на рак легких, к тому времени, когда опухоль обнаруживается, она, вероятнее всего, уже не является операбельной. Пятый и шестой критерии касаются наличия метода исследования, который является действенным и приемлемым для населения. Не имеет смысла проводить скрининг с помощью инвазивной хирургии или воздействия чрезмерного количества радиации. Однако на практике эти критерии не всегда соблюдаются, что приводит к неблагоприятным или даже нежелательным результатам.

Фактические данные в поддержку осуществления скрининга на рак

Совет ЕС, рассмотрев базу фактических данных о популяционных программах скрининга на рак, пришел к выводу, что существуют научные основания для осуществления скрининга на рак шейки матки, молочной железы и толстой кишки при условии наличия соответствующих систем обеспечения качества (Council of the European Union 2003). Данные рекомендации были одобрены региональным Комитетом ВОЗ для 53 государств-членов Европейского региона ВОЗ (ВОЗ 2011). Эти три вида рака (шейки матки, молочной железы и толстой кишки) относятся к числу наиболее распространенных и имеют самую высокую летальность, на них приходится почти 20% всех случаев смерти от рака в Европейском регионе ВОЗ.

Самые ранние программы скрининга на рак направлены на предотвращение развития рака шейки матки. Давно признано, что изменения в клетках шейки матки можно выявить задолго до развития инвазивного рака, с характерным интервалом в 10-12 лет (Gustafsson and Adami 1989; van Oortmarsen and Habbema 1991). Ориентированная первоначально на выявления признаков раковых клеток, программа скрининга в некоторых странах была расширена путем включения методик выявления вируса папилломы человека, который является причиной рака шейки матки. Данные обсервационных исследований показывают, что хорошо организованные программы скрининга шейки матки могут снизить смертность от рака шейки матки более чем на 80% (International Agency for Research on Cancer 2005).

Доказательства эффективности скрининга на рак молочной железы более противоречивы. Несмотря на то, что, в отличие от скрининга на рак шейки матки, скрининг на рак молочной железы был изучен в ходе целого ряда рандомизированных контролируемых исследований с длительным наблюдением, все эти исследования были низкого или среднего качества. Данные этих исследований свидетельствуют о том, что программы маммографии (рентгенографии молоч-

ной железы), проводимые 2 раза в год у женщин в возрасте от 50 до 69 лет, могут снизить смертность примерно на 25%. Данные наблюдений повседневной практики позволяют предположить, что эти прогнозы имеют завышенную по сравнению с реальной ситуацией оценку; некоторые исследования также оспаривают преимущества скрининга. Сравнительное исследование динамики смертности от рака молочной железы в шести европейских странах показало, что скрининг не сыграл существенной роли в ее снижении (Autier, Boniol et al. 2011). Аналогичные результаты, полученные в США, привели к тому, что Американская рабочая группа по профилактическим мероприятиям (независимая группа специалистов по первичной медицинской помощи и профилактики) в 2009 г. рекомендовала прекратить регулярный скрининг на рак молочной железы у женщин моложе 50 лет, а также увеличить интервалы скрининга с одного до двух лет для женщин в возрасте от 50 до 74 лет. Однако это встретило сопротивление со стороны групп, имеющих корыстные интересы в увеличении частоты процедур маммографии, что привело к так называемой «маммографической войне» (Bleyer 2011). Впрочем, одним из основных недостатков этих более критических исследований является то, что в них не использовались многолетние индивидуальные данные, которые позволили бы сравнить группы женщин, которые прошли скрининг, и группы женщин, которые его не проходили. Исследования с использованием таких многолетних индивидуальных данных в Европе показали снижение смертности на 25-31% среди женщин, приглашенных на скрининг, и 38-42% среди женщин, прошедших скрининг (Broeders, Moss et al. 2012).

В настоящее время признанным является факт, что благодаря маммографии выявляется значительное число патологических изменений, которые либо не являются злокачественными, либо прогрессируют очень медленно, если вообще прогрессируют. В связи с этим были высказаны опасения по поводу эффективности маммографии и последствий чрезмерной диагностики (Gotzsche, Jorgensen et al. 2012). Исследование заболеваемости раком молочной железы в США в период с 1976 по 2008 гг. показало, что программа маммографии была связана с большим увеличением случаев обнаружения ранней стадии рака молочной железы, но незначительным снижением развития поздних стадий рака молочной железы, что говорит о значительной гипердиагностике, а также незначительном влиянии скрининга на смертность от рака молочной железы (Bleyer and Welch 2012). В ходе недавнего обзора, проведенного в Соединенном Королевстве, был сделан вывод о том, что существующая программа маммографии должна быть продолжена, поскольку она позволит снизить смертность, пусть и за счет неоправданного лечения ряда женщин (Independent UK Panel on Breast Cancer Screening 2012).

Третий вид рака, который является предметом программ скрининга в ряде европейских стран, – это колоректальный рак, но программы были внедрены в практику относительно недавно (von Karsa, Anttila et al. 2008). Рандомизированные контролируемые исследования показали, что скрининг, проводимый два раза в год с использованием фекального оккультного анализа крови (анализа стула на скрытую кровь) у лиц в возрасте от 50 до 74 лет, может снизить смертность примерно на 16% (Hewitson, Glasziou et al. 2007). Это несколько меньше, чем снижение смертности, наблюдаемое при скрининге на рак шейки матки и молочной железы, и существуют различные мнения относительно экономической эффективности программ скрининга на колоректальный рак.

Достижения в области современных технологий позволяют выявлять раковые или другие заболевания, для которых в настоящее время не существует эффективных средств ранней диагностики или лечения. Одним из видов рака,

который в настоящее время вызывает всеобщее внимание в этом отношении, является рак яичников. Другим, гораздо более противоречивым примером, который «продвигается» для включения в будущие программы скрининга, является рак простаты, выявляемый с помощью простатспецифических антигенов (ПСА). Европейское рандомизированное исследование скрининга рака простаты с участием 162 388 пациентов в восьми европейских странах показало снижение смертности от рака простаты на 20% через 9 лет. Однако для сохранения одной жизни необходимо пролечить почти 50 пациентов с повышенным уровнем ПСА, при этом у большинства прошедших лечение будут отмечаться очень серьезные побочные явления. По этой причине существуют серьезные опасения, что скрининг приведет к гипердиагностике и чрезмерному необоснованному лечению (Schroder 2012).

Практика скрининга рака в Европе

Как упоминалось выше, ЕС и Европейское региональное бюро ВОЗ рекомендуют массовые организованные программы скрининга на рак шейки матки, молочной железы и толстой кишки (Совет Европейского союза 2003; ВОЗ 2011). Тем не менее между странами по-прежнему существуют значительные различия в том, насколько они следуют этим рекомендациям. К 2007 г. 22 из 27 стран ЕС реализовывали программы массового скрининга на рак молочной железы, 15 стран — на рак шейки матки и только 12 — на колоректальный рак (von Karsa, Anttila et al. 2008).

Немногие страны в Европе имеют единый национальный орган для оценки практики и политики проведения скрининга, также в редких случаях отмечается наличие реестров населения для проведения первичного скрининга, повторного скрининга и постоянного наблюдения (Holland, Stewart et al. 2006). Несмотря на исключения, такие как Словения, в целом самый медленный прогресс отмечается в странах Центральной и Восточной Европы, в частности, в странах бывшего Советского Союза, где раннее выявление и профилактика неинфекционных заболеваний в советское время практически отсутствовали, а в настоящее время не являются достаточно развитыми (Maier and Martin-Moreno 2011). В большинстве стран Юго-Восточной Европы также отмечается редкое проведение систематических скринингов на рак (ВОЗ 2009); но ситуация меняется с лучшей стороны. Хорватия, например, внедрила организованные массовые программы скрининга на рак молочной железы в 2006 г., на колоректальный рак — в 2008 г., и на рак шейки матки — в 2012 г.

В дополнение к различиям между странами, практика скрининга также различается внутри самих стран, в частности там, где вопросы предоставления медицинских услуг и, следовательно, скрининга, переданы в ведение региональных или местных органов власти (Holland, Stewart et al. 2006), как, например, в Испании (Garcia-Armesto, Abadia-Taira et al. 2010). В Бельгии доступность программ скрининга на некоторые виды рака различна в трех регионах страны (Gerken and Merkur 2010). В Дании также различается доступность программ скрининга, а организованный скрининг на рак молочной железы проводится только в некоторых частях страны (Strandberg-Larsen, Nielsen et al. 2007). Италия является еще одной страной с очень выраженными региональными различиями, приводящими к формированию межрегионального потока пациентов. Национальные программы скрининга на рак молочной железы, шейки матки и колоректальный рак были созданы только в 2004 г., при этом степень охват различна в разных регионах (Lo Scalzo, Donatini et al. 2009).

Программы скрининга на рак шейки матки

Несмотря на наличие единой позиции в отношении технических аспектов при проведении скрининга на рак шейки матки, в том числе относительно оптимальных путей получения высококачественного биологического материала и его исследования, страны в значительной степени различаются в организации данных программ скрининга. Основные различия связаны с наличием программы скрининга как таковой, ее подходом – систематическим или оппортунистическим, а также степенью охвата целевой группы (таблица 9.2).

Организованный массовый скрининг проводится в Венгрии, Дании, Ирландии, Исландии, Италии, Латвии, Литве, Нидерландах, Норвегии, Польше, Словении, Соединенном Королевстве, Финляндии, Чешской Республике, Швеции и Эстонии (таблица 9.2). В большинстве случаев скрининг включает ведение реестров женщин, относящихся к группе риска, т.е. всех женщин определенной возрастной категории, проживающих на закрепленной территории, за исключением тех женщин, кто не подходит под критерии группы риска (например после гистерэктомии), а также комплексные системы направления регулярных приглашений на диагностику и обеспечения наблюдения за любыми отклонениями. Интервал между последующими обследованиями обычно составляет 3-5 лет в зависимости от возраста женщины. Вся система подлежит регулярному контролю качества. Организованный массовый скрининг может оказать значительное влияние на уровень смертности от конкретных заболеваний. В Финляндии, где в 1960-х гг. был внедрен скрининг на рак шейки матки, стандартизованные по возрасту показатели смертности сократились примерно на 80% (Anttila and Nieminen 2007).

В то же время в некоторых других странах Европы, таких как Австрия, Армения, Бельгия, Босния и Герцеговина и Германия, скрининг носит оппортунистический характер. Женщинам предлагают обследования, как правило, когда они посещают своего врача или гинеколога для других целей. Как следствие, они могут пройти гораздо больше обследований в течение своей жизни, чем в странах с организованными программами скрининга. В некоторых случаях они могут проходить обследования каждые 6 месяцев. В Германии, например, у женщины может быть до 50 заборов мазков за все время жизни, в то время как в Финляндии их может быть не больше семи. Однако стандартизованный по возрасту уровень смертности от рака шейки матки в первом случае почти вдвое выше, чем во втором (ВОЗ 2012). Кроме того, поскольку такой подход к скринингу носит оппортунистический характер, он зачастую не учитывает те группы населения, которые подвергаются наибольшему риску. Рак шейки матки гораздо чаще встречается у женщин более низкого социального класса, они реже посещают врачей даже для других целей.

Притом, что оппортунистический скрининг на рак шейки матки достиг уровня охвата 70-71% и привел к снижению смертности от рака шейки матки в странах, где преимущества скрининга в настоящее время хорошо известны, таких как Бельгия или Франция (Kesic, Poljak et al. 2012), он является менее эффективным, чем организованный массовый скрининг, который по этой причине рекомендуется Европейскими руководящими принципами обеспечения качества скрининга для выявления рака шейки матки (Arbyn, Anttila et al. 2008). Несмотря на эти руководящие принципы, адресованные всем странам Европейского региона ВОЗ (а не только государствам-членам ЕС), к 2012 г. только 16 европейских стран организовали массовые программы скрининга населения на рак шейки матки (Kesic, Poljak et al. 2012). Кроме того, в странах Западной Европы

Таблица 9.2 Практика проведения скрининга на рак шейки матки в отдельных странах Европы в 2012 г.

	<i>Тип скрининга</i>	<i>Географический охват</i>	<i>Возрастной диапазон (годы)</i>	<i>Интервал скрининга (в годах)</i>	<i>Охват целевой группы населения</i>
Австрия	Опportunистический	Национальный	18 – не указано	1	Данные отсутствуют
Азербайджан	Программа отсутствует	—	—	—	—
Албания	Данные отсутствуют	Данные отсутствуют	Данные отсутствуют	Данные отсутствуют	Данные отсутствуют
Армения	Опportunистический	Национальный	30–60	3	Данные отсутствуют
Беларусь	Опportunистический	Национальный	18 – и более	1	Данные отсутствуют
Бельгия	Опportunистический	Национальный	25–64	3	70%
Болгария	Опportunистический	Национальный	30–59	3	Данные отсутствуют
Босния и Герцеговина	Опportunистический	Национальный	20 – и более	1 (продлен до 3 лет, после 3 последовательных отрицательных мазков)	Данные отсутствуют
Бывшая югославская республика Македония	Опportunистический	Национальный	30–55	3	15–25%
Венгрия	Организованный	Национальный	25–65	3	28–31%
Германия	Опportunистический	Национальный	20 – и более	1	Данные отсутствуют
Греция	Опportunистический	Национальный	20 – и более	1	Данные отсутствуют
Грузия	Опportunистический, организован в 1 регионе	Национальный	25–60	3	20%

Таблица 9.2 Продолжение

	Тип скрининга	Географический охват	Возрастной диапазон (годы)	Интервал скрининга (в годах)	Охват целевой группы населения
Дания	Организованный	Национальный	23–65	3 в возрасте от 23 до 50 (5 в возрасте 50+)	69%
Исландия	Организованный	Национальный	20–69	2 в возрасте до 39 лет, затем 4 года	80%
Испания	Оппортунистический, организован в регионах	Региональный	30–65	3	Данные отсутствуют
Ирландия	Организованный	Региональный, запланирован национальный	25–65	3 в возрасте 25-44, затем 5 лет	62–66%
Италия	Организованный	Национальный	25–64	3	>59%
Кипр	Программа отсутствует	—	—	—	—
Латвия	Организованный	Национальный	25–70	3	42%
Литва	Организованный	Национальный	25–60	3	9–17% (39%)
Люксембург	Оппортунистический	Национальный	15 – и более	1	Данные отсутствуют
Мальта	Программа отсутствует	—	—	—	—
Молдова	Оппортунистический	Национальный	20 – и более	2	Данные отсутствуют
Нидерланды	Организованный	Национальный	30–60	5	77%
Норвегия	Организованный	Национальный	25–69	3	75%
Польша	Организованный	Национальный	25–59	3	23–27%
Португалия	Организован в 3х регионах	Национальный	25–64	3	58%
Российская Федерация	Оппортунистический	Национальный	18 – и более	1	15–20%

	<i>Тип скрининга</i>	<i>Географический охват</i>	<i>Возрастной диапазон (годы)</i>	<i>Интервал скрининга (в годах)</i>	<i>Охват целевой группы населения</i>
Румыния	Оппортунистический, организован в 1 тестовом регионе	Национальный	25–64	3	18% (10% в тестовом регионе)
Сербия	Оппортунистический (организован, в процессе внедрения)	Национальный	25–65(69)	3	20%
Словакия	Оппортунистический	Национальный	23–64	3	17–20%
Словения	Организованный	Национальный	20–64	3	70–74%
Соединенное Королевство	Организованный	Национальный	(20) 25–60 (64)	3	74%
Турция	Оппортунистический	Национальный	18 – и более	1	Данные отсутствуют
Украина	Оппортунистический	Национальный	18–65	1	Данные отсутствуют
Финляндия	Организованный	Национальный	(25) 30–60 (65)	5	73%
Франция	Оппортунистический, организован в 5 регионах	Национальный	20 (25) – и более	3	71%
Хорватия	Оппортунистический	Национальный	25–64	3	35–42%
Черногория	Оппортунистический	Национальный	25–64	3	Данные отсутствуют
Чешская Республика	Организованный	Национальный	25–60		48%
Швейцария	Оппортунистический	Национальный	20 – и более	3	80% (в возрасте от 22 до 44), 65% (в возрасте от 45 до 64)
Швеция	Организованный	Национальный	23–60	3	73%
Эстония	Организованный	Национальный	30–59	3	13%

Источник: Обновленные данные согласно Kesic, Poljak et al. (2012)

программы скрининга (будь то системные или оппортунистические), как правило, более развиты, чем в странах Центральной и Восточной Европы (Наката, Coleman et al. 2008; Arbyn, Antoine et al. 2010), и достигают охвата в 80% женщин в возрасте от 20 до 69 лет в Исландии и 80% женщин в возрасте от 22 до 44 лет в Швейцарии (таблица 9.2). Во многих новых государствах-членах ЕС, а также в странах бывшей Югославии началась реализация организованных программ скрининга, хотя еще не все из них функционируют в полную силу. Наибольшие проблемы отмечаются в странах бывшего Советского Союза, которые полагаются на оппортунистический скрининг, имеющий очень низкий охват женщин среднего и старшего возраста и незначительное влияние на заболеваемость и смертность (Kesic, Poljak et al. 2012). Хотя трудно оценить влияние скрининга на рак шейки матки на смертность населения в целом, высокий уровень смертности во многих странах Центральной и Восточной Европы и бывшего Советского Союза, по крайней мере отчасти, объясняется отсутствием организованных программ скрининга (Kesic, Poljak et al. 2012; Anttila and Martin-Moreno 2013).

В дополнение к уже упомянутым различиям в программах скрининга на рак шейки матки в Европе следует отметить, что возрастные диапазоны и интервалы скрининга заметно различаются между странами. В соответствии с Европейскими руководящими принципами обеспечения качества скрининга на рак шейки матки ресурсы должны быть сосредоточены на возрастном диапазоне от 30 или 35 до 60 лет, а интервалы скрининга должны составлять 3 года для женщин в возрасте от 25 до 49 лет и 5 лет для женщин в возрасте от 50 до 64 лет (Arbyn, Anttila et al. 2008). Очевидно, что многим странам по-прежнему необходимо адаптировать свою национальную практику для выполнения этих рекомендаций.

Программы скрининга на рак молочной железы

Страны Европы также различаются в том, в какой степени они реализуют организованные программы массового скрининга на рак молочной железы на основе применения реестров женщин группы риска, комплексных информационных систем и механизмов обеспечения качества. В 2007 г. подобные программы были реализованы в Бельгии, Венгрии, Испании, Нидерландах, Соединенном Королевстве, Финляндии, Франции, Чешской Республике, Швеции и Эстонии. Ряд стран, включая Германию, Ирландию, Италию, Польшу и Португалию, находятся в процессе развертывания общенациональных массовых программ. Другие, включая Грецию, Латвию, Литву и Словению, по-прежнему полагаются на оппортунистический скрининг (рис. 9.1).

Как отмечалось ранее, в некоторых странах также существуют заметные региональные различия. Так, в Италии в 2008 г. программами скрининга на рак молочной железы было охвачено 75% женского населения в северных и центральных регионах и только 10% в южных (Lo Scalzo, Donatini et al. 2009). В Швейцарии отмечается медленный прогресс в реализации общенациональной программы скрининга на рак молочной железы, при этом подходы в разных кантонах имеют существенное различие. Плановая маммография целевых групп населения оплачивается страховщиком только в шести кантонах, которые осуществляют собственные профилактические программы (ОЭСР/ВОЗ 2011).

Обзор 10 национальных и 16 региональных программ скрининга рака молочной железы в 18 европейских странах, охватывающих 26,9 миллиона женщин в возрасте от 50 до 69 лет, выявил, что показатели участия лично приглашенных

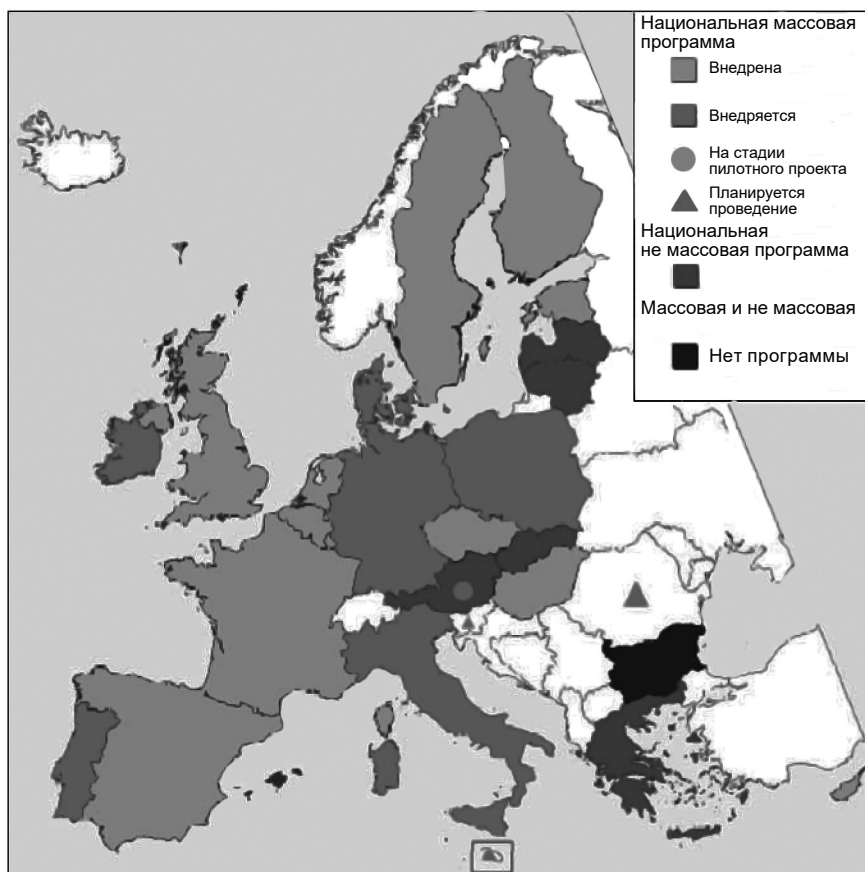


Рисунок 9.1 Распространение программ скрининга на рак молочной железы на основании результатов маммографии в ЕС в 2007 г.

Источник: von Karsa, Anttila et al. (2008)

варьировали от 19,4% в Польше до 88,9% в Наваррском регионе Испании в 2005-2007 гг. Тринадцать из 26 программ достигли минимального порога охвата в 70%, что в ЕС является критерием приемлемого участия, а 9 достигли желаемого минимального порога охвата в 75%. В целом степень охвата варьировала в диапазоне от 28,4% в Италии до 92,1% в регионе Наварра Испании (Giordano, von Karsa et al. 2012).

Также имеются значительные различия в характеристиках целевых групп населения. В то время как некоторые из 26 программ ориентированы на женщин в возрасте от 50 до 69 лет в соответствии с рекомендациями Европейского совета, другие, такие как в Швеции, ориентированы на женщин в возрасте от 40 лет. Кроме того, некоторые из них имеют более высокие верхние возрастные пределы, — например в Нидерландах, — которые ориентированы на женщин в возрасте до 75 лет. Во всех 26 программах скрининга применялся рекомендованный интервал в 24 месяца, за исключением Соединенного Королевства, в котором принят интервал в 36 месяцев (Giordano, von Karsa et al. 2012).

Обзор также показал существенные различия в количестве тестов среди всей выборки с 27-кратной разницей в количестве обследований на одну скрининго-

вую единицу в год и 20-кратной разницей в количестве процедур на один маммограф. Обеспечение качества анализов, проводимых в подразделениях с низкими объемами, может оказаться сложной задачей (Giordano, von Karsa et al. 2012).

Программы скрининга на рак толстой кишки (колоректальный рак)

В 1976 г. Германия стала первой страной в Европе, разработавшей национальную программу скрининга на рак толстой кишки, которая первоначально охватывала лиц в возрасте старше 44 лет. В период 2003-2005 гг. было выполнено 1,5 миллиона колоноскопий, что составляло около 12% от целевой группы (West, Boustiere et al. 2009). С тех пор многие европейские страны разработали национальные программы скрининга. Во Франции в 2003 г. была запущена национальная программа скрининга населения, в которой лица в возрасте от 50 до 74 лет проходили обследование 2 раза в год. В отличие от некоторых других стран Европы, врачи общей практики занимают центральное место в вопросах логистики программы скрининга во Франции, поскольку они отвечают за проведение скрининговых тестов и последующее ведение пациентов (West, Boustiere et al. 2009). Затем в 2004 г. национальная программа скрининга была введена в Финляндии, а в 2006 г. – в Соединенном Королевстве (Zavoral, Suchanek et al. 2009).

К 2007 г. программы скрининга на колоректальный рак того или иного типа были проведены или находились в стадии реализации в 19 из 27 государств-членов ЕС (Zavoral, Suchanek et al. 2009). Массовые программы скрининга населения были введены в 12 государствах из 19 (von Karsa, Anttila et al. 2008). К их числу относятся Италия, Соединенное Королевство, Финляндия и Франция. В это же время Венгрия, Кипр, Португалия, Румыния, Словения и Хорватия запустили экспериментальные (пилотные) программы скрининга либо планировали их запуск, а Испания и Швеция — запустили экспериментальные (пилотные) массовые программы скрининга на уровне регионов. Оппортунистический скрининг проводился в Австрии, Болгарии, Германии, Греции, Латвии, Словакии и Чешской Республике. В Бельгии, Болгарии, Дании, Ирландии, Литве, Нидерландах, Польше и Эстонии подобных программ не существовало (рис. 9.2).

Как и при скрининге рака молочной железы, существуют региональные различия в скрининге на колоректальный рак. В Италии в 2005 г. была начата общенациональная кампания, однако ее реализация была передана в руки 21 регионального центра. К 2009 г. главным образом на севере страны 11 регионов из 21 запустили программы скрининга (Zavoral, Suchanek et al. 2009). Испания также передала деятельность по скринингу в регионы, и к 2009 г. были проведены лишь ограниченные экспериментальные исследования (Zavoral, Suchanek et al. 2009).

Возрастные группы, в которых может быть проведен скрининг, различаются в зависимости от страны. Многие страны включают в программу только людей старше 50 лет, в то время как Болгария включает лиц старше 31 года, а некоторые страны, такие как Финляндия и Швеция, начинают программу скрининга только с 60 лет. Некоторые страны, включая Австрию, Бельгию, Болгарию, Венгрию, Германию, Грецию, Данию, Кипр, Латвию, Словакию, Словению и Чешскую Республику, не имеют верхних возрастных ограничений, Польша имеет верхний возрастной предел в 65 лет; Испания, Словения и Швеция — 69 лет, Венгрия и Португалия — 70 лет, а Румыния и Франция — 74 года (Zavoral, Suchanek et al. 2009).

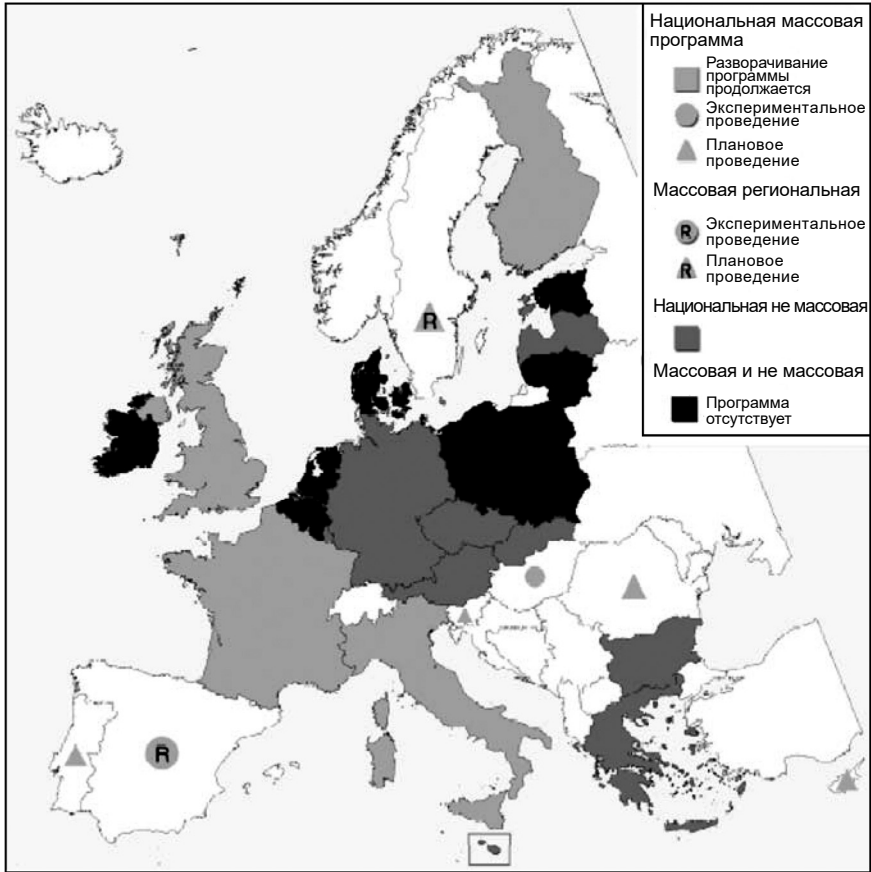


Рисунок 9.2 Распространение программ скрининга на рак толстой кишки на основании результатов анализа кала на скрытую кровь в ЕС, 2007 г.

Источник: von Karsa, Anttila et al. (2008)

Методы исследований в странах также различаются. Наиболее распространенным методом исследования является фекальный оккультный анализ крови – анализ кала на скрытую кровь, который являлся единственным методом исследования, рекомендованным Европейским Советом в 2003 г. (Совет Европейского союза 2003). Тем не менее некоторые страны, — например Германия и Чешская Республика, — также ввели и скрининговую колоноскопию либо как единственно возможный, либо как альтернативный метод, (Zavoral, Suchanek et al. 2009). Европейские руководящие принципы обеспечения качества скрининга и диагностики колоректального рака были опубликованы в 2010 г. (von Karsa, Segnan et al. 2010).

Роль общественного здравоохранения в программах скрининга

Вклад специалистов общественного здравоохранения в программы скрининга реализуется в нескольких формах.

Во-первых, они играют существенную роль в определении того, следует ли вообще предлагать программу скрининга. Для этого они должны применять

критерии, подобные изложенным выше, и следовать Европейским руководящим принципам по осуществлению скрининга на различные типы рака.

Во-вторых, они должны внедрить реестр в отношении групп в зоне риска, который [реестр] связан с всеобъемлющей информационной системой, которая в свою очередь может контролировать охват, лечение и результаты. Невыполнение этого требования означает, что установленные мероприятия нельзя в действительности представить, как легитимную программу, скорее они будут являться бессистемным набором действий. Необходимо будет увязать эти данные с информацией о социально-экономических характеристиках целевых групп. Чаще всего это осуществляется с помощью почтовых индексов, которые могут фиксировать уровень депривации в районах проживания людей. Однако также желательно регистрировать такую информацию, как этническая принадлежность, страна рождения и родной язык. С помощью этих средств можно определить те целевые группы населения, которые с наименьшей вероятностью самостоятельно воспользуются возможностью пройти скрининг. Систематический обзор эффективности мер по расширению охвата скринингом на рак среди азиатских женщин выявил важность многосторонней стратегии, включающей работу с населением, развитие инициатив по облегчению доступа и культурного восприятия, но также отметил, что меры должны быть адаптированы к конкретным подгруппам внутри целевой группы (Lu, Moritz et al. 2012).

В-третьих, они должны обеспечить наличие систем качества программы скрининга (Sauven, Bishop et al. 2003). Это предполагает создание механизмов мониторинга качества полученных образцов, как в случае скрининга на рак шейки матки, так и в случае изображений, используемых для маммографии. Это также затрагивает вопрос интерпретации результатов медицинских осмотров, хотя в некоторых случаях в настоящее время отмечается автоматизация данного процесса. Зачастую целесообразно создать систему аккредитации лиц и учреждений, участвующих в программе скрининга.

В-четвертых, они должны обеспечить проведение экономической оценки программы. Крайне редко можно воспользоваться данными оценки других программ скрининга, поскольку исходная распространенность заболевания может варьировать, равно как и комплекс мер, необходимых для реализации программы скрининга, а также стоимость каждого отдельного элемента в данном комплексе.

В-пятых, они должны обеспечить наличие системы мониторинга результатов программы скрининга. Для скрининга рака должен быть хорошо организован как минимум реестр онкологических заболеваний. К сожалению, даже сейчас многие страны все еще недостаточно охвачены системой регистрации случаев онкологических заболеваний (De Angelis, Francisci et al. 2009). Вместе с тем существует ряд проблем в области контроля результатов. Наиболее важным является то, что называется «систематической ошибкой опережения», характерной для ранней диагностики. Это происходит потому, что раннее выявление рака или предракового состояния автоматически увеличивает временной период заболевания, даже если не меняется продолжительность жизни. В такой ситуации, пациент просто будет дольше знать о том, что у него обнаружен рак, но проживет он столько же, сколько и без своевременно установленного диагноза. Аналогично показатели обнаружения рака могут вводить в заблуждение, поскольку некоторые из видов рака могут никогда не прогрессировать до такой степени, чтобы привести к смерти пациента. Таким образом, необходимо использовать различную и информацию для формирования суждения об эф-

фективности программы, если она не была предметом рандомизированного контролируемого исследования с высокой степенью внешней валидности.

И, наконец, специалисты в области здравоохранения должны играть определенную роль в информировании общественности об обоснованности программ скрининга, лежащих в их основе научных данных, клинических, эпидемиологических и экономических соображениях, а также о клинических результатах. Кроме того, в случае необходимости они могут сообщать о неуместности проведения таких программ.

Заключение

В этой главе отражены значительные улучшения в вопросах скрининга, которые произошли в последние годы; вместе с тем, согласно доступным на сегодняшний день данным, отмечается обширный потенциал для дальнейшего прогресса. Многие европейские страны, в том числе некоторые из самых богатых, до сих пор не создали программы скрининга на рак шейки матки, молочной железы и колоректального рака. Среди тех, кто создал программы, основное различие между странами заключается в том, являются ли программы скрининга оппортунистическими или систематическими. Хотя некоторые программы оппортунистического скрининга достигли высоких показателей охвата и привели к улучшению состояния здоровья, все большее признание получают программы систематического массового скрининга населения.

Существует много проблем в разработке программ скрининга и переходе к комплексной массовой модели, основанной на комплексной борьбе с раком, для полного охвата и лечения пациентов с диагностированным раком. Данные меры потребуют скоординированных действий межправительственных организаций, национальных и региональных правительств, органов финансирования здравоохранения, профессиональных ассоциаций, работников здравоохранения и потребителей. Эффективная коммуникация будет иметь решающее значение для информирования общественности о возможностях и ограничениях, связанных с проведением организованного скрининга, помогая пациентам делать осознанный выбор. Также важно максимально использовать существующие Европейские сети борьбы с онкологическими заболеваниями. Одной из них является Европейское партнерство против рака (ЕРААС), созданное в 2009 г. Европейской комиссией с целью объединения различных заинтересованных сторон по всей Европе для обмена опытом передовой практики [<http://www.eraac.eu/>].

В то время как все люди в Европе теоретически должны иметь доступ к комплексным программам скрининга на раковые заболевания, обсуждаемых в этой главе, необходимо также признать, что финансовые и профессиональные ресурсы в Европейском регионе ВОЗ имеют значительное различие. Одним из способов решения этой проблемы является адаптация частоты обследований, методов диагностики и целевых групп населения программ скрининга к имеющимся ресурсам стран в соответствии с каскадной концепцией (Zavoral, Suchanek et al. 2009). Это позволит на начальном этапе разработать менее масштабные программы в условиях нехватки ресурсов, которые начнут приносить пользу здоровью населения, и которые затем можно будет постепенно расширять.

Библиография

- Anttila, A. and J. M. Martin-Moreno (2013). "Cancer screening." In *Successes and Failures of Health Policy in Europe: Four decades of divergent trends and converging challenges*. J. Mackenbach and M. McKee, Eds. Maidenhead, Open University Press: 179-192.
- Anttila, A. and P. Nieminen (2007). "Cervical cancer screening program in Finland with an example on implementing alternative screening methods." *Collegium Antropologicum* 31(Suppl. 2): 17-22.
- Arbyn, M., J. Antoine, Z. Valerianova, M. Magi, A. Stengrevics, G. Smaylyte, O. Suteu and A. Micheli (2010). "Trends in cervical cancer incidence and mortality in Bulgaria, Estonia, Latvia, Lithuania and Romania." *Tumori* 96(4): 517-523.
- Arbyn, M., A. Anttila, J. Jordan, G. Ronco, U. Schenck, N. Segnan, H. G. Wiener, A. Herbert, J. Daniel and L. von Karsa, Eds. (2008). *European Guidelines for Quality Assurance in Cervical Cancer Screening*, 2nd edition. Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities.
- Atun, R. and I. Olynyk (2008). "Resistance to implementing policy change: the case of Ukraine." *Bulletin of the World Health Organization* 86(2): 147-154.
- Autier, P., M. Boniol and A. Gavin (2011). "Breast cancer mortality in neighbouring European countries with different levels of screening but similar access to treatment: trend analysis of WHO mortality database." *British Medical Journal* 343: d4411. Bleyer, A. (2011). "US breast cancer mortality is consistent with European data." *British Medical Journal* 343: d5630.
- Bleyer, A. and H. G. Welch (2012). "Effect of three decades of screening mammography on breast-cancer incidence." *New England Journal of Medicine* 367: 1998-2005. Bodamer, O. A., G. F. Hoffmann and M. Lindner (2007). "Expanded newborn screening in Europe 2007." *Journal of Inherited Metabolic Disease* 30(4): 439-444.
- Bothamley, G. H., L. Ditiu, G. B. Migliori, C. Lange and TBNET contributors (2008). "Active case finding of tuberculosis in Europe: a Tuberculosis Network European Trials Group (TBNET) survey." *European Respiratory Journal* 32: 1023-1030. Boyd, P. A., C. Devigan, B. Khoshnood, M. Loane, E. Garne and H. Dolk (2008). "Survey of prenatal screening policies in Europe for structural malformations and chromosome anomalies, and their impact on detection and termination rates for neural tube defects and Down's syndrome." *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 115(6): 689-696.
- Broeders, M., S. Moss, L. Nystrom, S. Njor, H. Jonsson, E. Paap, N. Massat, S. Duffy, E. Lynge, E. Paci and EUROSCREEN Working Group (2012). "The impact of mammographic screening on breast cancer mortality in Europe: a review of observational studies." *Journal of Medical Screening* 19(Suppl. 1): 14-25.
- Council of the European Communities (2003). *Council Recommendation of 2 December 2003 on cancer screening*. Official Journal of the European Union L 327/34-L 327/37.
- De Angelis, R., S. Francisci, P. Baili, F. Marchesi, P. Roazzi, A. Belot, E. Crocetti, P. Pury, A. Knijn, M. Coleman and R. Capocaccia (2009). "The EURO CARE-4 database on cancer survival in Europe: data standardisation, quality control and methods of statistical analysis." *European Journal of Cancer* 45(6): 909-930.
- Garcia-Armesto, S., M. Abadia-Taira, A. Duran, C. Hernandez-Quevedo and E. Bernal-Delgado (2010). "Spain: health system review." *Health Systems in Transition* 12(4): 1-295.
- Gerken, S. and S. Merkur (2010). "Belgium: health system review." *Health Systems in Transition* 12(5): 1-266.
- Giordano, L., L. von Karsa, M. Tomatis, O. Majek, C. deWolf, L. Lancucki, S. Hofvind, L. Nystrom, N. Segnan, A. Ponti and The Eunice Working Group (2012). "Mammographic screening programmes in Europe: organization, coverage and participation." *Journal of Medical Screening* 19(Suppl. 1): 72-82.
- Gotzsche, P. C., K. J. Jorgensen, P. H. Zahl and J. Maehlen (2012). "Why mammography screening has not lived up to expectations from the randomised trials." *Cancer Causes and Control* 23(1): 15-21.
- Gustafsson, L. and H. O. Adami (1989). "Natural history of cervical neoplasia: consistent results obtained by an identification technique." *British Journal of Cancer* 60(1): 132-141.

- Hakama, M., M. P. Coleman, D.-M. Alexe and A. Auvinen (2008). "Cancer screening." In *Responding to the Challenge of Cancer in Europe*. M. P. Coleman, D.-M. Alexe, T. Albreht and M. McKee, Eds. Ljubljana, Institute of Public Health of the Republic of Slovenia: 69-92.
- Hewitson, P., P. Glasziou, L. Irwig, B. Towler and E. Watson (2007). "Screening for colorectal cancer using the faecal occult blood test, Hemoccult." *Cochrane Database Systematic Reviews* 1: art. CD001216.
- Holland, W. and S. Stewart (2005). *Screening in Disease Prevention: What works?* London, Nuffield Trust.
- Holland, W., S. Stewart and C. Masseria (2006). *Screening in Europe. Policy Brief*. Copenhagen, WHO, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Independent UK Panel on Breast Cancer Screening (2012). "The benefits and harms of breast cancer screening: an independent review." *The Lancet* 380 (9855): 1778-1786.
- International Agency for Research on Cancer (IARC) (2005). *Cervix Cancer Screening*. Lyon, IARC.
- Kesic, V., M. Poljak and S. Rogovskaya (2012). "Cervical cancer burden and prevention activities in Europe." *Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention* 21: 1423-1433.
- Lo Scalzo, A., A. Donatini, L. Orzella, S. Profili, A. Cicchetti, I. S. Profi and A. Maresso (2009). "Italy: health system review." *Health Systems in Transition* 11(6): 1-216.
- Lu, M., S. Moritz, D. Lorenzetti, L. Sykes, S. Straus and H. Quan (2012). "A systematic review of interventions to increase breast and cervical cancer screening uptake among Asian women." *BMC Public Health* 12: 413.
- Maier, C. B. and J. M. Martin-Moreno (2011). "Quo vadis SANEPID? A cross-country analysis of public health reforms in 10 post-Soviet states." *Health Policy* 102(1): 18-25.
- McCartney, M. (2012). *The Patient Paradox: Why sexed up medicine is bad for your health*. London, Pinter & Martin.
- OECD/WHO (2011). *OECD Reviews of Health Systems: Switzerland*. Paris, OECD Publishing.
- Perk, J., G. De Backer, H. Gohlke, I. Graham, Z. Reiner, W. Verschuren, C. Albus, P. Benlian, G. Boysen, R. Cifkova and C. Deaton (2012). "European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012)." *European Heart Journal* 33: 1635-1701.
- Richardson, E., W. Boerma, I. Malakhova, V. Rusovich and A. Fomenko (2008). "Belarus: health system review." *Health Systems in Transition* 10(6): 1-118.
- Sauven, P., H. Bishop, J. Patnick, J. Walton, E. Wheeler and G. Lawrence (2003). "The National Health Service Breast Screening Programme and British Association of Surgical Oncology audit of quality assurance in breast screening 1996-2001." *British Journal of Surgery* 90(1): 82-87.
- Schroder, F. (2012). "Landmarks in prostate cancer screening." *BJU International* 110(Suppl. 1): 3-7.
- Strandberg-Larsen, M., M. Nielsen, S. Vallgarda, A. Krasnik, K. Vrangbmk and E. Mossialos (2007). "Denmark: health system review." *Health Systems in Transition* 9(6): 1-164.
- van Oortmarssen, G. J. and J. D. Habbema (1991). "Epidemiological evidence for age-dependent regression of pre-invasive cervical cancer." *British Journal of Cancer* 64(3): 559-565.
- von Karsa, L., A. Anttila, G. Ronco, A. Ponti, N. Malila, M. Arbyn, N. Segnan, M. Castillobeltran, M. Boniol, J. Ferlay, C. Hery, C. Sauvaget, L. Voti and P. Autier (2008). *Cancer Screening in the European Union: Report on the implementation of the Council Recommendation on cancer screening - First Report*. Brussels, European Commission.
- von Karsa, L., N. Segnan and J. Patnick, Eds. (2010). *European Guidelines for Quality Assurance in Cervical Cancer Screening*, 2nd edition. Luxembourg, Publications Office of the European Union.
- West, N. J., C. Boustiere, W. Fischbach, F. Parente and R. J. Leicester (2009). "Colorectal cancer screening in Europe: differences in approach; similar barriers to overcome." *International Journal of Colorectal Disease* 24: 731-740.
- Wilson, J. M. G. and G. Jungner (1968). *Principles and Practice of Screening for Disease*. Geneva, WHO.

- World Health Organization (WHO) (2008). 2008-2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. Geneva, WHO.
- World Health Organization (WHO) (2009). Evaluation of Public Health Services in South-eastern Europe. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization (WHO) (2011). Regional Committee for Europe: Resolution EUR/RC61/12 - Action Plan for implementation of the European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2012-2016. Baku, Azerbaijan, 15 September 2011. Copenhagen, WHO.
- World Health Organization (WHO) (2012). European Health for All Database, August 2012 edition. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- Wormann, T. and A. Kramer (2011). "Communicable diseases." In Migration and Health in the European Union. B. Rechel, P. Mladovsky, W. Deville, B. Rijks, R. Petrova-Benedict and M. McKee Maidenhead, Open University Press: 121-138.
- Zavoral, M., S. Suchanek, F. Zavada, L. Dusek, J. Muzik, B. Seifert and P. Fric (2009). "Colorectal cancer screening in Europe." World Journal of Gastroenterology 15(47): 5907-5915.

глава 10

Укрепление здоровья

Bernd Rechel, Martin McKee

Введение

В настоящей главе представлен обзор практики и подготовки специалистов в области укрепления здоровья в Европейском регионе Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). Ряд политик, которые реализуются в рамках деятельности правительства и за их пределами, могут способствовать укреплению здоровья (Maskenbach and Bakker 2003). Однако эта глава ограничивается тем, что можно назвать формальными мероприятиями организаций, принявшими на себя обязательства по укреплению здоровья.

Основа современной концепции укрепления здоровья прослеживается в докладе 1974 г. Министра здравоохранения Канады Марка Лалонда «Новый взгляд на здоровье канадцев» (New Perspectives on the Health of Canadians, Marc Lalonde). В докладе утверждается, что для укрепления здоровья населения необходимо выйти за рамки биомедицинской модели и рассматривать такие факторы, как окружающая среда, а также индивидуальные модели поведения и образ жизни (Lalonde 1974). Однако этот подход нашел широкое применение только в 1980-х годах (Minkler 1989), получив значительный импульс с принятием Оттавской хартии по укреплению здоровья 1986 г., в которой была признана ограниченность традиционных подходов к общественному здравоохранению в условиях явного роста хронических и неинфекционных заболеваний (Dempsey, Barry et al. 2011). В рамках концепции укрепления здоровья зародилась и начала развиваться идея «позитивного здоровья». Вдохновила на появление этой идеи работа Аарона Антоновского (Aaron Antonovsky) по «салиютогенезу», в которой придавалось особое значение факторам, поддерживающим здоровье и социальное благополучие человека, а не вызывающим развитие заболеваний (Antonovsky 1979). Алма-Атинская конференция 1978 г., уделившая особое внимание межсекторальным действиям, также сыграла важную роль в развитии нового взгляда на такие понятия как здоровье и укрепление здоровья (Lloyd 2012).

Оттавская хартия ввела одно из наиболее известных и широко используемых определений укрепления здоровья: «Укрепление здоровья – это процесс, дающий людям возможность влиять на свое здоровье и улучшать его» (ВОЗ, Health and Welfare Canada et al. 1986). Как и Доклад Лалонда, она вышла за рамки узкого акцента на индивидуальном поведении в сторону позитивной концептуализации здоровья и гораздо более широкого взгляда на здоровье с учетом разнообразных социальных и экологических мероприятий. Кроме того, в соответствии с Алма-Атинской декларацией в Оттавской хартии подчеркивается, что улучшение состояния здоровья зависит от наличия базовых условий

и ресурсов, в том числе «мир, кров, образование, пища, заработок, стабильная экосистема, устойчивые ресурсы, социальная справедливость и равенство» (ВОЗ, Health and Welfare Canada et al. 1986). В хартии определены следующие основные направления деятельности (ВОЗ, Health and Welfare Canada et al. 1986):

- проведение государственной политики, учитывающей интересы здоровья во всех секторах;
- создание благоприятной среды;
- поддержка действий на уровне местных сообществ;
- развитие личностных навыков;
- переориентация услуг здравоохранения на укрепление здоровья.

В ходе последующих глобальных конференций по укреплению здоровья идея укрепления здоровья подвергалась дальнейшему поступательному развитию (Vaum, Ollila et al. 2013). При этом растет обеспокоенность в отношении стран с низким и средним уровнем дохода. Бангкокская хартия по укреплению здоровья в глобализованном мире, принятая на шестой Глобальной конференции по укреплению здоровья в Бангкоке в 2005 г., определила укрепление здоровья как «процесс, позволяющий людям более четко контролировать свое здоровье и его детерминанты и, таким образом, улучшать его состояние» (ВОЗ 2005). Такое определение делает еще больший акцент на детерминантах здоровья по сравнению с определением укрепления здоровья в Оттавской хартии. В Бангкокской хартии далее подчеркивается важность политики здравоохранения, действий правительства на всех уровнях и постановки вопросов укрепления здоровья во главу угла глобальной программы развития.

На последней Глобальной конференции по укреплению здоровья в Финляндии в 2013 г. был особо выделен принцип «Учет интересов здоровья во всех стратегиях», который продвигало правительство Финляндии в период своего председательства в Европейском Союзе. Этот принцип определяется как «подход к государственной политике во всех секторах, который систематически учитывает последствия решений на здоровье населения, стремится к синергии и избегает вредного влияния на здоровье в целях улучшения здоровья населения и справедливости в отношении здоровья» (ВОЗ 2013). Принцип «Учет интересов здоровья во всех стратегиях» (HiAP) выходит за рамки традиционных межсекторальных действий, уделяя больше внимания разработке политики на нескольких уровнях и необходимости понимания уровня управления, на котором принимаются решения и вовлечены ключевые участники процесса (Vaum, Ollila et al. 2013).

Новая рамочная европейская политика здравоохранения и стратегия Здоровье-2020 основана на этих новых концепциях. Она направлена на поддержку действий всего государства и общества с целью значительно улучшить здоровье и повысить уровень благополучия населения, при этом ее стратегическими задачами являются улучшение здоровья всех и уменьшение несправедливости в отношении здоровья, а также совершенствование лидерства и коллективного руководства в интересах здоровья (ВОЗ 2012).

Из этих основополагающих документов очевидно, что укрепление здоровья выходит далеко за рамки просвещения людей относительно потенциально вредных последствий рискованного поведения. Вместе с тем эта идея охватывает многие принципы современного общественного здравоохранения, включая более широкое понимание детерминант здоровья («первооснов»), а также новые подходы к решению проблем общественного здравоохранения, такие

как межсекторальные действия, здоровая государственная политика и HiAP (Dempsey, Barry et al. 2011). Эти аспекты современного общественного здравоохранения более подробно рассматриваются в других главах настоящей книги (см. главу 11 «Действия в отношении социальных детерминант здоровья»; главу 12 «Межсекторальная работа и учет интересов здоровья во всех направлениях политики»; главу 13 «Оценка воздействия на здоровье»). В настоящей главе представлен обзор существующих в Европе организационных структур, осуществляющих деятельность по укреплению здоровья, интеграции мер по укреплению здоровья в деятельность системы здравоохранения и подготовки специалистов в области укрепления здоровья.

Организационная структура

Почти каждое министерство здравоохранения в Европе имеет подразделение, ответственное за вопросы укрепления здоровья и профилактики заболеваний. Однако в некоторых странах, в частности в Центральной и Восточной Европе, направление укрепления здоровья, по-прежнему, недостаточно развито: зачастую узкий и фрагментарный акцент делается на таких темах, как ВИЧ/СПИД или борьба с табакокурением, при этом совсем не уделяется или мало уделяется внимания неинфекционным заболеваниям и психическому здоровью (ВОЗ 2009b). Кроме того, несмотря на упомянутые выше международные декларации по укреплению здоровья и их акцент на новые подходы, которые касаются детерминант здоровья, практические меры по укреплению здоровья ориентированы преимущественно на аспекты индивидуального образа жизни, риски и поведение (Lloyd 2012). В частности, в странах с консервативными или неолиберальными правительствами или политическими традициями наблюдается тенденция, хотя и с некоторыми заметными исключениями, принимать индивидуалистический подход. При этом вопросы укрепления здоровья рассматриваются в узких рамках медико-санитарного просвещения и распространения других видов информации, необходимой для обеспечения осознанного и обоснованного выбора в пользу здорового образа жизни, и не рассматриваются зачастую более эффективные подходы, такие как регуляторные решения и налоговые меры.

Описание распределения потенциала для укрепления здоровья на национальном уровне затруднительно, поскольку зачастую существуют значительные различия на местном уровне (Mittelmark, Wise et al. 2006). Таким образом, описания, включенные в настоящую главу, являются, по вынужденной необходимости, обобщениями. Из исследования, посвященного анализу потенциала общественного здравоохранения в государствах-членах Европейского Союза (ЕС), очевидно, что потенциал для решения проблем в области укрепления здоровья и социальных детерминант здоровья сравнительно слабый (Aluttis, Chiotan et al. 2012). Кроме того, ответственность за более широкие вопросы в области общественного здравоохранения, такие как меры в отношении поведенческих и социальных детерминант здоровья, а также неравенства в отношении здоровья, зачастую была определена менее четко, чем ответственность за конкретные традиционные вопросы, например борьбу с инфекционными заболеваниями, гигиену и иммунизацию (Aluttis, Baer et al. 2012). Неудивительно, что обзор литературы по исследованиям в области укрепления здоровья в Европейской экономической зоне (ЕЭЗ) в период 1995–2005 г. выявил существенные различия между странами (Clarke, Gatineau et al. 2007). В странах Северной Европы отмечался самый большой объем исследований на душу

населения, в то время как в Соединенном Королевстве отмечался самый большой объем исследований в области укрепления здоровья. Также наблюдалась слабая обратная зависимость числа публикаций от потребностей в области здравоохранения (измеряемой как годы жизни с поправкой на инвалидность на миллион человек) ($r^2 = 0,07$) и несколько более сильная связь с величиной внутреннего валового продукта ($r^2 = 0,45$). Это говорит о том, что объем научных исследований в области укрепления здоровья не связан с потребностями в области здравоохранения; наоборот, большее количество исследований проводится в более богатых странах, где потребность может быть меньше, но потенциал для проведения исследований в области общественного здравоохранения больше. Были также выявлены значительные различия между европейскими странами в том, как в их политиках охвачены вопросы укрепления психического здоровья. Исследование данной ситуации в 10 государствах-членах ЕС показало, что только три из них начали разрабатывать политику по укреплению психического здоровья (Ozamis 2011).

Дополнительная информация была представлена в исследовании, посвященном политической экономике в области укрепления здоровья. Исследование показало, что самые сильные заявления в поддержку мероприятия по укреплению здоровья отмечались в «либеральных» (например Соединенное Королевство и другие англоязычные страны) и «социально-демократических» (например страны Северной Европы) государствах, в то время как слабые заявления отмечались в «Латинских» (например Греция, Испания, Италия) и «консервативных» (например Бельгия, Германия, Франция) социально-ориентированных государствах (Raphael 2013a). Однако данные заявления в большей степени реализованы именно в политике социально-демократических государств (Raphael 2013b). Эти выводы соответствуют результатам анализа эффективности политики общественного здравоохранения, представленным в главе 2 «Изменяющийся контекст общественного здравоохранения в Европе» (см. также Mackenbach and McKee 2013).

В Западной Европе некоторые страны, в которых здравоохранение финансируется из средств социального медицинского страхования, расширяют деятельность по укреплению здоровья, которая ранее была относительно слабой (см. главу 14 «Организация и финансирование общественного здравоохранения»). Такие страны, как Австрия и Швейцария, создали новые фонды для укрепления здоровья (Schang, Czabanowska et al. 2011; Saltman, Allin et al. 2012). В Австрии в настоящее время существует Национальный центр по укреплению здоровья – Фонд «Здоровая Австрия» (Fund for a Healthy Austria). Несмотря на то, что эти инициативы направлены на укрепление здоровья, их влияние на здоровье еще предстоит оценить. Тем не менее беспокойство вызывает вынесение за пределы общественного сектора вопросов укрепления здоровья для разработки политического курса, фокусирование на индивидуальных моделях поведения, а не концептуальных структурных мерах, направленных на детерминанты здоровья, а также потенциальные конфликты интересов, обусловленные тем, что пополнение фондов осуществляется за счет доходов игрового бизнеса и от продажи вредных для здоровья товаров.

Эти нововведения отражают давнюю практику Австрии и Швейцарии, в соответствии с которой задачи по укреплению здоровья начали передаваться «внешним структурам», таким как неправительственные организации (НПО) (Hofmarcher and Rack 2006; Ladurner, Gerger et al. 2011; ОЭСР 2012). Аналогичная ситуация существует и в некоторых других европейских странах, где НПО играют заметную роль в таких областях, как борьба с табакокурением,

профилактика употребления наркотиков и чрезмерного употребления алкоголя, профилактика самоубийств и укрепление психического здоровья, при этом финансирование из национальных бюджетов иногда дополняется финансированием ЕС. Одна из проблем такого подхода заключается в том, как оценить эффективность и качество деятельности таких внешних структур. К числу других проблем относится вопрос о том, каким образом следует планировать мероприятия для учета потребностей населения и обеспечения равного доступа, а также как добиться устойчивости (постоянства) их работы и их сотрудничества с профессиональными организациями. Для обеспечения обмена опытом и распространения практических эффективных действий был создан ряд европейских сетей, включая EuroHealthNet (первоначально European Network for Health Promotion Agencies) и Европейский альянс общественного здравоохранения (EPHA).

Как отмечалось ранее, некоторые из наиболее успешных и широко известных мер по укреплению здоровья были реализованы в странах Северной Европы (Glenngard, Hjalte et al. 2005), в Дании, правда, в меньшей степени (Strandberg-Larsen, Nielsen et al. 2007). В Финляндии укрепление здоровья и профилактика заболеваний были основным направлением политики здравоохранения на протяжении десятилетий, как, например, часто цитируемый проект Северной Карелии (Vuorenkoski, Mladovsky et al. 2008).

В Центральной и Восточной Европе, а также странах бывшего Советского Союза отмечалось недостаточное развитие подхода укрепления здоровья в советский период (Saltman, Allin et al. 2012). Несмотря на то, что санэпидслужбы первоначально добились огромного прогресса в борьбе с инфекционными заболеваниями, они в значительной степени пренебрегали мерами по укреплению здоровья, а также межсекторальными действиями (ВОЗ 2009b; Maier and Martin-Moreno 2011). Однако, как это ни парадоксально, профилактическая медицина считалась ключевым сильным компонентом системы Семашко. В действительности, в значительной степени данная система опиралась на вторичную профилактику, направленную на раннее выявление заболеваний с помощью большого числа часто неэффективных инициатив по скринингу, а не на первичную профилактику неинфекционных заболеваний (Richardson, Voerma et al. 2008; Gotsadze, Chikovani et al. 2010). В ряде стран региона, таких как Беларусь (Richardson, Voerma et al. 2008), этот подход был сохранен, и в настоящий момент укрепление здоровья, как правило, является одной из наиболее слаборазвитых и недостаточно финансируемых областей общественного здравоохранения (Maier, Palm et al. 2009). Службы общественного здравоохранения во многих странах региона по-прежнему уделяют больше внимания вопросам гигиены, санитарии и традиционным методам борьбы с инфекционными заболеваниями, а не укреплению здоровья и межсекторальным действиям в области здравоохранения (Rechel and McKee 2006; Armenian, Crape et al. 2009; ВОЗ 2009b).

Однако предпринимаются попытки преодоления этого наследия. Одним из примеров является Казахстан, который разработал широкомасштабную программу мер по продвижению здорового образа жизни, хотя нездоровый образ жизни остается весьма распространенным (Katsaga, Kulzhanov et al. 2012). Большинство постсоветских государств либо расширили сферу деятельности существующих систем общественного здравоохранения, включив в нее меры по укреплению здоровья, либо создали новые структуры по укреплению здоровья (Maier and Martin-Moreno 2011; Министерство здравоохранения Республики Узбекистан 2011). В Кыргызстане создан Республиканский центр

по укреплению здоровья, а также разработан ряд инициатив по укреплению здоровья, организованных сельскими комитетами здоровья с участием большого количества волонтеров (Maier, Palm et al. 2009; Ibraimova, Akkazieva et al. 2011; Maier and Martin-Moreno 2011). В таких странах, как Кыргызстан и Таджикистан, общественные работники здравоохранения являются основными поставщиками услуг общественного здравоохранения, и укрепления здоровья (см. главу 15 Развитие кадровых ресурсов общественного здравоохранения). В Узбекистане задачи по укреплению здоровья, состоящие главным образом из распространения информации по вопросам общественного здравоохранения, возложены на Институт здравоохранения и медицинской статистики (Министерство здравоохранения Республики Узбекистан 2011). В Армении из-за ограниченных финансовых и кадровых ресурсов и нечеткого распределения задач и ответственности, мероприятия по укреплению здоровья слабо финансируются государством, и чаще всего проводятся международными учреждениями на временной и краткосрочной основе (Armenian, Crape et al. 2009). В Эстонии систематическое проведение мероприятий по укреплению здоровья началось в 1993 г., когда Министерство социальных дел приняло решение создать систему финансирования национальных и общественных проектов по укреплению здоровья (Koppel, Leventhal et al. 2009). Система, ориентированная на потребности, финансировалась за счет целевой статьи расходов в бюджете эстонского Фонда медицинского страхования, а управлялась комитетом экспертов, которые принимали решения о финансировании и координировании процессов оценки деятельности (см. главу 14 «Организация и финансирование общественного здравоохранения»).

В Юго-Восточной Европе в большинстве стран осуществляется деятельность по укреплению здоровья в области инфекционных заболеваний, в частности, ВИЧ/СПИДа, а также реализуются программы, касающиеся употребления алкоголя и табака, однако в некоторых странах деятельность по укреплению здоровья в области неинфекционных заболеваний либо слабо развита, либо вовсе отсутствует (ВОЗ 2009b). Несмотря на множество отдельных положительных примеров такой деятельности, в целом направление по укреплению здоровья в этой части Европы пока еще недостаточно развито, особенно в отношении неинфекционных заболеваний и традиционных факторов риска (ВОЗ 2007а, 2009b). В Хорватии институты общественного здравоохранения на территориальном уровне отвечают за основную часть мероприятий по укреплению здоровья. Хорватия и Словения являются участниками Европейской сети школ укрепления здоровья с начала 1990-х годов (ВОЗ 2009b). Для взрослого населения мероприятия по укреплению здоровья в Хорватии в большей степени осуществляются в рамках проектов, они поддерживаются местными властями и реализуются либо медицинскими учреждениями, либо НПО (ВОЗ 2007b). В Словении мероприятия по укреплению здоровья проводились учреждениями общественного здравоохранения на протяжении 1990-х годов, но были институционализированы и формализованы только в 2003 г. (ВОЗ 2009а). В бывшей югославской Республике Македонии в качестве экспертного органа с многофункциональным подходом в 2000 г. был создан Национальный комитет по укреплению здоровья, однако к началу 2007 г. он все еще не функционировал (ВОЗ 2007е). В Румынии существует Национальная программа укрепления здоровья (ВОЗ 2007d). Одной из существенных проблем в ряде стран Юго-Восточной Европы является отсутствие долгосрочного и устойчивого финансирования мероприятий по укреплению здоровья, которое не связано с финансированием остальной части системы здравоохранения (ВОЗ 2009b).

Укрепление здоровья при оказании медицинских услуг

Исторически службы здравоохранения уделяли основное внимание вопросам выздоровления и лечения болезней. Только в последнее время растет признание, что службы здравоохранения (как на уровне первичной медико-санитарной помощи, так и на уровне специализированной помощи) должны стремиться к достижению более масштабной цели улучшения общего состояния здоровья. Медицинские работники первичного звена здравоохранения, являясь первым этапом взаимодействия с человеком (пациентом), играют критически важную роль в вопросах укрепления здоровья. В ряде стран, таких как Босния и Герцеговина (ВОЗ 2007с), они были определены в качестве основных исполнителей мероприятий по укреплению здоровья. Однако во многих странах работники первичной медико-санитарной помощи недостаточно вовлечены в деятельность по укреплению здоровья, в том числе в некоторых странах Юго-Восточной Европы (ВОЗ 2007а, 2009b), Узбекистане (Министерство здравоохранения Республики Узбекистан 2011) и Армении (Armenian, Grape et al. 2009). Основными причинами такой ситуации являются: отсутствие стимулов, высокая функциональная нагрузка в сочетании с ограниченными кадровыми ресурсами (Armenian, Grape et al. 2009).

Опрос врачей общей практики в 11 европейских странах (Греция, Грузия, Ирландия, Испания, Мальта, Польша, Словакия, Словения, Хорватия, Швеция и Эстония) показал, что более половины из них сталкиваются с трудностями при проведении мероприятий по укреплению здоровья, такими как нехватка времени и отсутствие дополнительных компенсаций. Данная ситуация значительно различается между странами (Brotons, Bjorkelund et al. 2005). Аналогичные результаты были получены в ходе проведенного в период с 2008 по 2009 гг. в 22 европейских странах опроса пациентов, обратившихся за первичной медико-санитарной помощью. Опрос показал, что большая часть пациентов, ведущих нездоровый образ жизни (особенно потребляющих алкоголь в больших дозах) не ощущает необходимости его менять; и около половины сообщили, что лечащий врач не проводил с ними беседу о здоровом образе жизни (Brotons, Bulc et al. 2012).

Необходимость интеграции мероприятий по укреплению здоровья признается также и для других уровней системы здравоохранения – больницы и службы здравоохранения, содействующие укреплению здоровья (НРН), а не только ее первичного звена. Основное внимание уделяется пациентам, но при этом меры ориентированы также на медицинских работников и местное сообщество. Получают признание тот факт, что больницы и другие медицинские учреждения являются не только местом, где лечат, но и местом, где есть риск причинения вреда как пациентам, так и медицинским работникам, например в результате инфицирования или получения профессиональной травмы (Rechel, Wright et al. 2009). ВОЗ создала Международную сеть больниц и служб здравоохранения, содействующих укреплению здоровья, состоящую из координирующих учреждений, больниц и служб здравоохранения, а также сотрудничающих центров ВОЗ. Сеть призвана содействовать обмену информацией с использованием таких инструментов, как информационные бюллетени, конференции, веб-сайты, онлайн-библиотека и база данных о деятельности, а также рабочие группы и целевые группы (ВОЗ 2007f). При этом большая часть больниц и поставщиков медицинских услуг, являющихся членами этой сети, расположены в Западной Европе, где и зародилась эта инициатива. Охват в восточной части Европейского региона ВОЗ, где, похоже, ощущается наибольшая потребность, по-прежнему является очень слабым.

Выходя за рамки системы здравоохранения, в Европе появился целый ряд инициатив в области укрепления здоровья, в том числе такие инициативы, как «Здоровые города» и «Школы укрепления здоровья», которые стали глобальными движениями, поддерживающими реализацию инновационных мероприятий по укреплению здоровья на местном уровне (Ziglio, Hagard et al. 2000). Другим примером является Европейская сеть укрепления здоровья на рабочих местах (ENWHP), созданная в 1996 г. в качестве неформальной сети национальных институтов по охране здоровья и производственной безопасности, общественного здравоохранения, укрепления здоровья, а также государственных учреждений социального страхования. Сеть пропагандирует передовую практику в области укрепления здоровья на рабочих местах и выступает за внедрение такой практики на каждом рабочем месте в европейском регионе (см. главу 5 «Здоровье и безопасность на рабочем месте»). Эти инициативы находятся в полном соответствии с Оттавской хартией, в которой говорится, что «здоровье – это состояние, создаваемое и переживаемое людьми в их повседневной жизни, – там, где они учатся, работают и отдыхают» (ВОЗ, Health and Welfare Canada et al. 1986), что также известно, как подход с учетом обстоятельств. Еще одной главной целью Оттавской хартии являлось проведение государственной политики, учитывающей интересы здоровья. Однако во многих странах межсекторальная деятельность по-прежнему носит ограниченный характер (см. главу 11 «Действия в отношении социальных детерминант здоровья»; главу 12 «Межсекторальная работа и учет интересов здоровья во всех направлениях политики»; главу 13 «Оценка воздействия на здоровье»).

Профессиональная подготовка

В ряде глав настоящей книги показано, насколько разнообразна подготовка работников общественного здравоохранения в Европе (см. главу 6 «Гигиена окружающей среды»; главу 15 «Развитие кадровых ресурсов общественного здравоохранения»). Это также относится и к области укрепления здоровья, где кадровые ресурсы формируются из специалистов широкого спектра дисциплин, зачастую не имеющих единообразной программы подготовки или профессионального развития (Dempsey, Barry et al. 2011). На сегодняшний день не существует общего единого органа, обеспечивающего стандарты качества профессиональной подготовки лиц, участвующих в деятельности по укреплению здоровья в Европе. В то же время, во многих странах повысилась степень профессионализации практики укрепления здоровья благодаря созданию на национальном, региональном и местном уровнях таких позиций, как «специалист по планированию вопросов местного здравоохранения», «координатор по вопросам общественного здравоохранения» и «специалист по вопросам стратегии общественного здравоохранения». Одной из областей развития навыков является «социальный маркетинг», т.е. применение маркетинговых методов для изменения поведения в социальных целях. Это может быть борьба с курением, потреблением алкоголя и незаконным употреблением наркотиков (French, Blair-Stevens et al. 2010).

Было предпринято несколько попыток создания унифицированных квалификационных требований и повышения профессиональных стандартов для работников здравоохранения в Европе. Одной из самых последних инициатив, финансировавшихся Европейской комиссией и реализованных в период с 2009 по 2012 гг., был проект «Развитие компетенций и профессиональных стандартов для потенциала в области укрепления здоровья в Европе (CompHP)». Про-

ект был направлен на разработку стандартов компетентности и системы аккредитации для практики и учебных программ в области укрепления здоровья в странах-членах ЕС и странах-кандидатах. Результатом проекта стала разработка ключевых компетенций, состоящих из 11 основных направлений и 68 основных положений о компетенциях. Ключевые компетенции послужили основой для разработки профессиональных стандартов и системы аккредитации (Barry, Battel-Kirk et al. 2012a, 2012b; Battel-Kirk, Van der Zanden et al. 2012). В рамках проекта PROMISE были разработаны руководящие принципы для подготовки специалистов в социальных вопросах и вопросах здоровья в области укрепления психического здоровья (Greacen, Jouet et al. 2012). Однако много-секторальный характер деятельности по укреплению здоровья предполагает, что основное внимание следует уделять достижению надлежащего сочетания профессиональных качеств в группах или организациях, а не требовать, чтобы каждый человек, работающий в области укрепления здоровья, обладал всеми соответствующими профессиональными качествами.

Попытки Международного союза по укреплению здоровья и образования создать общеевропейскую систему аккредитации направлены на использование опыта таких европейских стран, (например, Нидерланды, Соединенное Королевство и Эстония), которые разработали системы компетенций, стандартов и аккредитации в целях укрепления здоровья, хотя такие системы в этих странах существенно различаются. Европейская система аккредитации могла бы повысить качество подготовки специалистов и результативность их практической работы в области укрепления здоровья в Европе (Santa-Maria Morales, Battel-Kirk et al. 2009).

Заключение

Укрепление здоровья является неотъемлемой частью общественного здравоохранения. Однако, как показано в настоящей главе, среди европейских стран отмечаются существенные различия в степени внедрения и реализации вопросов укрепления здоровья населения. Это относится ко всем аспектам этой области: деятельности по укреплению здоровья, интеграции системы укрепления здоровья населения в деятельность системы здравоохранения, а также в продвижении странами политики общественного здравоохранения в других секторах. Подготовка специалистов, участвующих в мероприятиях по укреплению здоровья, также существенно различается в странах. Широкие перспективы для улучшения ситуации, по-видимому, существуют во многих странах Центральной и Восточной Европы, а также бывшего Советского Союза, хотя и в Западной Европе множество аспектов нуждаются в совершенствовании. В частности, необходимо обеспечить качество программ укрепления здоровья при более справедливом охвате населения и более эффективном использовании новых технологий.

Для достижения прогресса в укреплении здоровья населения необходимо также мобилизовать общественную поддержку и обеспечить скоординированное участие всех слоев общества. Одна из наиболее насущных проблем заключается в том, чтобы выйти за рамки узкого подхода, ориентированного на индивидуальном образе жизни, рисках и поведении, и перейти к более высокому концептуальному уровню, который рассматривает роль и влияние основополагающих детерминант здоровья, из какого бы сектора они не происходили. Для осуществления такого перехода необходимо решить задачи как политического, так и практического характера.

Библиография

- Aluttis, C. A., C. Chiotan, M. Michelsen, C. Costongs and H. Brand, on behalf of the Public Health Capacity Consortium (2012). *Reviewing Public Health Capacity in the EU*. Maastricht, Maastricht University.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress and Coping*. San Francisco, CA, Jossey-Bass.
- Armenian, H. K., B. Crape, R. Grigoryan, H. Martirosyan, V. Petrosyan and N. Truzyan (2009). *Analysis of Public Health Services in Armenia*. Yerevan, American University of Armenia.
- Barry, M. M., B. Battel-Kirk, H. Davison, C. Dempsey, R. Parish and M. Schipperen (2012a). *The CompHP Project Handbooks*. Paris, IUHPE.
- Barry, M. M., B. Battel-Kirk and C. Dempsey (2012b). «The CompHP core competencies framework for health promotion in Europe.» *Health Education and Behavior* 39(6): 648-662.
- Battel-Kirk, B., G. Van der Zanden, M. Schipperen, P. Contu, C. Gallardo, A. Martinez, S. Garcia de Sola, A. Sotgiu, M. Zaagsma and M. M. Barry (2012). «Developing a competency-based Pan-European accreditation framework for health promotion» *Health Education and Behavior* 39(6): 672-680.
- Baum, F., E. Ollila and S. Pena (2013). «History of HiAP» In *Health in All Policies: Seizing opportunities, implementing policies*. K. Leppo, E. Ollila, S. Pena, M. Wismar and S. Cook, Eds. Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health of Finland: 25-42.
- Brotos, C., C. Bjorkelund, M. Bulc, R. Ciurana, M. Godycki-Cwirko, E. Jurgova, P. Kloppe, C. Lionis, A. Mierzecki, R. Pineiro, L. Pullerits, M. R. Sammut, M. Sheehan, R. Tataradze, E. A. Thireos and J. Vuchak (2005). «Prevention and health promotion in clinical practice: the views of general practitioners in Europe» *Preventive Medicine* 40: 595-601.
- Brotos, C., M. Bulc, M. R. Sammut, M. Sheehan, C. Manuel da Silva Martins, C. Bjorkelund, A. J. Drenthen, D. Duhot, S. Gorpelioglu, E. Jurgova, S. Keinanen- Kiukkanniemi, P. Kotanyi, V. Markou, I. Moral, A. Mortsiefer, L. Pas, I. Pichler, D. Sghedoni, R. Tataradze, E. Thireos, L. Valius, J. Vuchak, C. Collins, E. Cornelis, R. Ciurana, P. Kloppe, A. Mierzecki, K. Nadaraia, M. Godycki-Cwirko (2012). «Attitudes toward preventive services and lifestyle: the views of primary care patients in Europe. The EUROPREVIEW patient study» *Family Practice* 29: i168-i176.
- Clarke, A., M. Gatineau, M. Thorogood and N. Wyn-Roberts (2007). «Health promotion research literature in Europe 1995-2005» *European Journal of Public Health* 17(Suppl. 1): 24-28.
- Dempsey, C., M. M. Barry, B. Battel-Kirk and CompHP Project Partners (2011). *Literature Review: Developing competencies for health promotion*. Paris, IUHPE.
- French, J., C. Blair-Stevens, D. McVey and R. Merritt, Eds. (2010). *Social Marketing and Public Health: Theory and practice*. Oxford, Oxford University Press.
- Glenngard, A., F. Hjalte, M. Svensson, A. Anell and V. Bankauskaite (2005). *Health Systems in Transition: Sweden*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory for Health Systems and Policies.
- Gotsadze, G., I. Chikovani, K. Gogvadze, D. Balabanova and M. McKee (2010). «Reforming sanitary-epidemiological service in Central and Eastern Europe and the former Soviet Union: an exploratory study» *BMC Public Health* 10: 440.
- Greacen, T., E. Jouet, P. Ryan, Z. Cserhati, V. Grebenc, C. Griffiths, B. Hansen, E. Leahy, K. M. da Silva, A. Sabic, A. De Marco and P. Flores (2012). «Developing European guidelines for training care professionals in mental health promotion» *BMC Public Health* 12: 1114.
- Hofmarcher, M. and H.-M. Rack (2006). «Austria: health system review» *Health Systems in Transition* 8(3): 1-247.
- Ibraimova, A., B. Akkazieva, A. Ibraimov, E. Manzhieva and B. Rechel (2011). «Kyrgyzstan: health system review» *Health Systems in Transition* 13(3): 1-152.
- Katsaga, A., M. Kulzhanov, M. Karanikolos and B. Rechel (2012). «Kazakhstan: health system review» *Health Systems in Transition* 14(4): 1-154.
- Koppel, A., A. Leventhal and M. Sedgley, Eds. (2009). *Public Health in Estonia 2008: An analysis of public health operations, services and activities*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

- Ladurner, J., M. Gerger, W. Holland, E. Mossialos, S. Merkur, S. Stewart, R. Irwin and J. Soffried, Eds. (2011). *Public Health in Austria: An analysis of the status of public health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory for Health Systems and Policies.
- Lalonde, M. (1974). *A New Perspective on the Health of Canadians: A working document*. Toronto, Minister of Supply and Services Canada.
- Lloyd, L. (2012). *Health and Care in Ageing Societies: A new international approach*. Bristol, Policy Press.
- Mackenbach, J. P. and M. J. Bakker (2003). «Tackling socioeconomic inequalities in health: analysis of European experiences» *The Lancet* 362(9393): 1409-1414.
- Mackenbach, J. and M. McKee, Eds (2013). *Successes and Failures of Health Policy in Europe*. Buckingham, Open University Press.
- Maier, C. B. and J. M. Martin-Moreno (2011). «Quo vadis SANEPID? A cross-country analysis of public health reforms in 10 post-Soviet states» *Health Policy* 102(1): 18-25.
- Maier, C., W. Palm, J. M. Martin-Moreno, D. Mircheva and M. Haralanova (2009). *The Reform of Public Health and the Role of the Sanitary-epidemiological Services (Sanepid) in the Newly Independent States*. Meeting report, Bishkek, Kyrgyzstan, 10-12 November 2008. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan (2011). *Self-Assessment of Public Health Services in the Republic of Uzbekistan*. Technical report. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- Minkler, M. (1989). «Health education, health promotion and the open society: an historical perspective» *Health Education Quarterly* 16(1): 17-30.
- Mittelmark, M. B., M. Wise, E. W. Nam, C. Santos-Burgoa, E. Fosse, H. Saan, S. Hagard and K. C. Tang (2006). «Mapping national capacity to engage in health promotion: overview of issues and approaches» *Health Promotion International* 21(Suppl. 1): 91-98.
- OECD (2012). *Health Data2012*. Paris, OECD.
- Ozamiz, J. (2011). «Mental health promotion policies in Europe» *Journal of Mental Health* 20(2): 174-184.
- Raphael, D. (2013a). «The political economy of health promotion: Part 1, national commitments to provision of the prerequisites of health» *Health Promotion International* 28(1): 95-111.
- Raphael, D. (2013b). «The political economy of health promotion: Part 2, national provision of the prerequisites of health» *Health Promotion International* 28(1): 112-132.
- Rechel, B. and M. McKee (2006). «Health systems and policies in South-Eastern Europe» In *Health and Economic Development in South-Eastern Europe*. WHO, Ed. Paris, WHO: 43-69.
- Rechel, B., S. Wright, N. Edwards, B. Dowdeswell and M. McKee, Eds. (2009). *Investing in Hospitals of the Future*. Copenhagen, WHO on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Richardson, E., W. Boerma, I. Malakhova, V. Rusovich and A. Fomenko (2008). «Belarus: health system review» *Health Systems in Transition* 10(6): 1-118.
- Saltman, R., S. Allin, E. Mossialos, M. Wismar and E. van Ginneken (2012). «Assessing health reform trends in Europe» In *Health Systems, Health, Wealth and Societal Wellbeing*. J. Figueras and M. McKee, Eds. Maidenhead, Open University Press: 209-246.
- Santa-Maria Morales, A., B. Battel-Kirk, M. Barry, L. Bosker, A. Kasmel and J. Griffiths (2009). «Perspectives on health promotion competencies and accreditation in Europe» *Global Health Promotion* 16(2): 21-31.
- Schang, L., K. Czabanowska and V. Lin (2012). «Securing funds for health promotion: lessons from health promotion foundations based on experiences from Austria, Australia, Germany, Hungary and Switzerland» *Health Promotion International* 27(2): 295-305.
- Strandberg-Larsen, M., M. Nielsen, S. Vallgarda, A. Krasnik, K. Vrangbak and E. Mossialos (2007). «Denmark: health system review» *Health Systems in Transition* 9(6): 1-164.
- Vuorenkoski, L., P. Mladovsky and E. Mossialos (2008). «Finland: health system review» *Health Systems in Transition* 10(4): 1-168.

- World Health Organization (WHO) (2005). The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World.[Бангкокская хартия укрепления здоровья в глобализованном мире] Geneva, WHO. [http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_Russian%20version.pdf?ua=1, по состоянию на 29 июня 2018 г.].
- World Health Organization (WHO) (2007a). Evaluation of Public Health Services in Bulgaria. Draft National Report. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization (WHO) (2007b). Evaluation of Public Health Services in South-eastern Europe: Croatia. Draft National Report. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization (WHO) (2007c). Evaluation of Public Health Services in South-eastern Europe: Federation of Bosnia and Herzegovina. Draft National Report. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization (WHO) (2007d). Evaluation of Public Health Services in South-eastern Europe: Romania. Draft National Report. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization (WHO) (2007e). Evaluation of Public Health Services in South-eastern Europe: The former Yugoslav Republic of Macedonia. Draft National Report. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization (WHO) (2007f). The International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services: Integrating health promotion into hospitals and health services. Concept, framework and organization. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization (WHO) (2009a). Evaluation of Public Health Services in Slovenia. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization (WHO) (2009b). Evaluation of Public Health Services in South-eastern Europe. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization (WHO) (2012). Health 2020 Policy Framework and Strategy. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization (WHO) (2013). Helsinki Statement on Health in All Policies, adopted at the 8th Global Conference on Health Promotion, Helsinki, Finland, 10-14 June 2013. Geneva, WHO.
- World Health Organization (WHO), Health and Welfare Canada and Canadian Public Health Association (1986). Ottawa Charter for Health Promotion: An International Conference on Health Promotion. The Move Towards a New Public Health, 17-21 November, Ottawa, Ontario, Canada [<http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/docs/charter-chartre/pdf/charter.pdf>, по состоянию на 29 июня 2018 г.].
- Ziglio, E., S. Hagard and J. Griffiths (2000). «Health promotion development in Europe: achievements and challenges» Health Promotion International 15(2): 143-154.

Действия в отношении социальных детерминант здоровья

EuroHealthNet

Введение

Социальные детерминанты здоровья относятся к так называемым «глобальным проблемам» (Rittel and Webber 1973) для лиц, принимающих решения, и практикующих врачей. Несмотря на наличие исчерпывающих доказательств влияния социальных детерминант на здоровье, потребность в комплексных многосекторальных решениях представляет собой серьезную проблему во всех европейских странах. В данной главе рассматривается, каким образом все же возможно реализовать необходимые действия, и приводятся практические примеры местного, национального и международного уровней.

Социальные детерминанты здоровья можно в целом определить как факторы, оказывающие влияние на здоровье. Комиссия ВОЗ по социальным детерминантам здоровья определяет их как:

условия, в которых люди рождаются, растут, живут и стареют, включая систему здравоохранения. На эти обстоятельства влияет распределение денежных средств, власти и ресурсов на глобальном, национальном и местном уровнях. (Commission on the Social Determinants of Health 2008)

Основные причины смерти, заболеваемости и неравенства в отношении здоровья обусловлены социальными и экономическими факторами и факторами окружающей среды. Важную роль играют системы здравоохранения, при этом доступность услуг здравоохранения, профилактика заболеваний и укрепление здоровья являются неотъемлемыми компонентами мер воздействия. Вместе с тем все чаще отмечается значимость скоординированных всеобъемлющих стратегий и программ для улучшения социальных детерминант здоровья.

Очевидно, что социальные, экономические и экологические факторы играют значительную роль в определении индивидуального и общественного здоровья и его характеристик. Например, осознание того факта, что человек сам распоряжается своей жизнью, и обладание свободой собственного выбора оказывают положительное влияние на состояния его здоровья и благополучия (ВОЗ 2013с). В 1978 г. в Алма-Атинской декларации была признана важность влияния экономического и социального развития на уровень здоровья (ВОЗ/ЮНИСЕФ 1978). В Оттавской хартии по укреплению здоровья 1986 г. (ВОЗ 1986) политика укрепления здоровья являлась ключевым компонентом и целенаправленно включала стратегии, оказывающие воздействие на здоровье, в том числе связанные с транспортом, образованием и экономикой (см. главу 12 «Межсекторальная работа и учет интересов здоровья во всех направлениях политики» и главу 13 «Оценка воздействия на здоровье»). Более свежими

примерами признания важности учета социальных детерминант здоровья являются резолюция Всемирной ассамблеи здравоохранения 2009 г. «Об уменьшении несправедливости в отношении здоровья посредством воздействия на социальные детерминанты здоровья» (ВАЗ 2009), заявление Европейской комиссии в 2009 г. «Солидарность в области здоровья: сокращение неравенств в отношении здоровья в ЕС» (Commission of the European Communities 2009) и Европейский региональный доклад о социальных детерминантах здоровья в Европе (Marmot, Allen et al., 2012).

При устранении социальных детерминант здоровья важно различать два понятия: «различия в здоровье (в отношении здоровья)» и «неравенство в отношении здоровья». Различия в отношении здоровья — это различия в состоянии здоровья или распределении детерминант здоровья между различными группами населения. Примеры включают различия в заболеваемости пожилых и молодых людей или различия в смертности между людьми из разных социальных классов. Одни различия в отношении здоровья обусловлены различиями биологических детерминант, другие же связаны с индивидуальным выбором или внешними условиями, над которыми отдельно взятый человек не властен. Крайне важно выделять различия в отношении здоровья, которые предотвратимы и являются, в действительности, следствием несправедливой социальной и экономической политики. Такие различия в отношении здоровья можно определить как «неравенство в отношении здоровья». Таким образом, равенство в отношении здоровья подразумевает справедливость и стремление к тому, чтобы каждый человек мог беспрепятственно и полностью использовать потенциал своего здоровья.

В 1990 г. Европейское региональное бюро ВОЗ подготовило серию технических документов и исследований, в которых рассматривались концепции и принципы социальных детерминант и равенства в отношении здоровья, в том числе исследование, иллюстрирующее основные детерминанты здоровья и взаимосвязи между ними. Основываясь на этой концепции, Dahlgren и Whitehead также изложили основы проведения мероприятий по сокращению неравенства в отношении здоровья, в том числе описали четыре обширные области действия (обозначенных цифрами 1–4 на рисунке 11.1): расширение возможностей и потенциала отдельных лиц, укрепление потенциала и возможностей сообществ, облегчение доступности основных услуг и поощрение макрээкономических и культурных изменений. Хотя рекомендованные меры были реализованы лишь частично, к 2000-м годам это привело к увеличению объема фактических данных и разработке ряда рекомендаций для принятия мер. В 2003 г. ВОЗ в своей публикации «Социальные детерминанты здоровья: неопровержимые факты» (Wilkinson and Marmot, 2003) предоставила для лиц, принимающих решения, фактический материал по данной проблематике и варианты стратегических и политических решений.

Влияние социальных детерминант на здоровье

Социальные, экономические и политические условия в обществе определяют степень его социального расслоения и, следовательно, влияют на степень неравенства в отношении здоровья. Например, политика устойчивого экономического роста и более равномерного распределения доходов показала возможность положительного влияния на здоровье.

Материальные факторы (например жилье, окружающая среда), психосоциальные факторы (такие как жизненные потрясения, отсутствие гарантий занятости), взаимодействие поведенческих факторов (например питание, курение,



Рисунок 11.1 Основные детерминанты здоровья

Источник: Dahlgren and Whitehead (1993)

потребление алкоголя) и биологические факторы влияют на состояние здоровья и благополучие. Система здравоохранения является социальной детерминантой, способной смягчать или усиливать воздействие различных материальных, психосоциальных и поведенческих факторов на здоровье.

Здоровье людей из более низких социальных слоев является более уязвимым вследствие влияния таких факторов, как худшие условия жизни (Eurofound 2007, Royal Commission on Environmental Pollution 2010), повышенное влияние негативных факторов дорожного движения и шума (European Environment State and Outlook UBA 2009), а также повышенный уровень стресса и ощущение отсутствия контроля (Friedli 2009). Кроме того, низкий социально-экономический статус индивидуума часто коррелирует с рискованным поведением, например курением (ASPECT Consortium 2004, Mackenbach, Meerding et al. 2007), плохим питанием и низким уровнем физической активности. Наиболее бедные слои населения в Западной Европе чаще страдают ожирением (Robertson, Lobstein et al. 2007); обеспеченные люди с большей вероятностью будут придерживаться более здорового питания (Nelson, Erens et al. 2007).

Неравномерное распределение материальных ресурсов и власти ведет к выраженным различиям в отношении уровня здоровья и благосостояния в странах. Прямая корреляционная связь между социально-экономическим статусом и здоровьем получило название «социальный градиент»: «ступенчатое или линейное ухудшение здоровья, связанное со снижением социального положения» (Marmot, 2004). Наличие такой закономерности по типу «социального градиента» как общей модели, описывающей здоровье и вероятность развития заболеваний, было выявлено во всех странах: чем ниже социально-экономическое положение человека, тем хуже его здоровье (Commission on the Social Determinants of Health 2008).

Различия в ожидаемой продолжительности жизни при рождении между социально-экономическими группами с самым низким и самым высоким уровнем

жизни в государствах-членах Европейского Союза (ЕС) (например между работниками ручного и высококвалифицированного умственного труда, людьми с начальным и высшим образованием, людьми с самым низким и самым высоким уровнями дохода) варьируют от 4 до 10 лет для мужчин и от 2 до 7 лет для женщин (Mackenbach, Meerding et al. 2007).

Также серьезные неравенства в отношении здоровья отмечаются в странах Европейского региона ВОЗ (ВОЗ, 2013b): например, в 2010 г. ожидаемая продолжительность жизни при рождении для мужчин варьировала от 80,4 года в Швейцарии до 63,1 года в Российской Федерации, а для женщин – от 85,4 года в Испании до 73,5 года в Казахстане (ВОЗ 2013a). Экономическое выражение неравенства в отношении здоровья является существенным: для ЕС в целом расчётное бремя составляет 9,5% потерь валового внутреннего продукта в год (Mackenbach, Meerding et al. 2007).

В 2005 г. ВОЗ основала Глобальную комиссию по социальным детерминантам здоровья (CSDH) под председательством Майкла Мармота (Michael Marmot). В 2008 г. комиссия опубликовала заключительный доклад «Ликвидация разрыва в течение жизни одного поколения», в котором были изложены имеющиеся данные и рекомендации. Данная работа способствовала увеличению осведомленности и заинтересованности к проблеме социальных детерминант среди европейских стран. В 2009 г. Европейское региональное бюро ВОЗ в рамках своей европейской политики в области здравоохранения «Здоровье-2020» поручило провести исследование воздействия социальных детерминант на здоровье в Европе (ВОЗ 2011). В заключительном докладе (резюме уже доступно в журнале *The Lancet*: Marmot, Allen et al. 2012) будет изложено текущее состояние фактических данных для управления социальными детерминантами здоровья в Европе. Во втором промежуточном докладе, опубликованном в 2011 г., были представлены следующие выводы и рекомендации (Европейское региональное бюро ВОЗ 2011):

- Существует серьезное неравенство в отношении здоровья как внутри, так и между странами Европы.
- В большинстве случаев этих неравенств можно избежать.
- Необходимо принимать меры, поскольку неравенство ведет к человеческим потерям и экономическим издержкам, связанным с плохим состоянием здоровья и преждевременной смертностью.
- До тех пор, пока не будут приняты экстренные меры, разрыв между странами и внутри стран будет увеличиваться.
- Действия должны быть систематическими и устойчивыми, они имеют решающее значение для реагирования на глобальный экономический спад, выделения ресурсов на цели здравоохранения и разработки новой политики в области здравоохранения в Европе.
- Во всех секторах государственного управления необходимо принять меры по сокращению неравенства в отношении здоровья. Министерства здравоохранения играют чрезвычайно важную роль как в обеспечении вклада системы здравоохранения, так и в пропаганде равенства в отношении здоровья при разработке планов, политики и мероприятий в других секторах. Однако отдельно взятая система здравоохранения не может сократить неравенство в отношении здоровья.
- Реализация потенциала здоровья для всех людей в Европе требует расширения и систематизации действий в отношении социальных детерминант здоровья и снижения неравенства в отношении здоровья.

На глобальном уровне также отмечается вклад деятельности CSDH. Так государствами-членами ВОЗ была согласована Декларация о необходимых дальнейших шагах вместе с соответствующей резолюцией Всемирной ассамблеи здравоохранения, Политической декларацией по социальным детерминантам здоровья 2012 г. в Рио-де-Жанейро (ВАЗ 2012), а также онлайн-ресурсами и примерами, представляющими опыт реализации таких подходов в рамках систем здравоохранения и за их пределами (ВОЗ 2013а).

От доказательств к действиям

Наличие в обществе явного и стойкого неравенства в отношении здоровья определяет острую необходимость ответных действий; различия в социальных, экономических и экологических условиях сильно зависят от мер правительств, частного сектора и местных общин. В докладе CSDH сообщалось: «Мы знаем достаточно, чтобы действовать» (Комиссия по социальным детерминантам здоровья 2008). Но что должно повлечь за собой это действие?

При описании неравенства в отношении здоровья можно сосредоточиться на плохом здоровье социально-экономически неблагополучных групп, разрыве в области здравоохранения между различными группами населения и социальных градиентах, охватывающих все население (Graham 2004). Это не просто технический вопрос, поскольку выбор подхода может влиять на восприятие и видение успеха или неудачи (Judge, Platt et al. 2006). Лица, принимающие решения, должны четко представлять целесообразность рассмотрения конкретных аспектов неравенства с учетом конкретной культурной, политической и социальной среды. В идеале желательно применять целостный подход, основанный на мерах по борьбе с неравенствами «3 Gs» — группы, разрывы и градиент (groups, gaps, gradient). Рассмотрение проблемы с применением подхода «на протяжении всей жизни» позволяет сфокусировать внимание на том, как социальные детерминанты здоровья действуют на всех этапах жизни личности, с раннего детского периода к подростковому и к взрослому возрасту, с тем, чтобы обеспечить адекватные незамедлительные меры по охране здоровья (предлагая краткосрочные политически важные возможности для оценки успеха применяемой политики) и обеспечить основу для сохранения здоровья или мер в отношении заболеваний на более поздних этапах жизненного цикла (Davey Smith 2003).

Концепция градиента предполагает, что подходы должны основываться на «пропорциональной универсальности»: мероприятия должны быть направлены на всех, но пропорционально степени неблагоприятных условий жизни людей (The Lancet 2010). Элемент универсальности также важен в связи с политически обусловленными дебатами о социальных детерминантах здоровья. В некоторых европейских странах существует мощное неолиберальное направление, изображающее социально незащищенные группы как «незаслуживающих внимания» бедных, (McKee and Stuckler 2011).

В докладе CSDH были представлены некоторые дополнительные рекомендации по подходам к решению проблем неравенства в отношении здоровья. Он включал следующие приоритетные рекомендации (Комиссии по социальным детерминантам здоровья 2008):

- Измерение и понимание природы проблемы, а также прогностическая оценка влияния ответных действий
- Улучшение повседневных условий жизни и труда.
- Борьба с несправедливым распределением власти, богатства и ресурсов.

Выявления «истинных (основополагающих) причин» плохого состояния здоровья и возможные политические решения часто требуют согласованных многосекторальных действий (см. главу 12 «Межсекторальная работа и учет интересов здоровья во всех направлениях политики»). Например, нынешние высокие уровни безработицы среди молодежи во многих европейских странах были восприняты как «чрезвычайная ситуация в области общественного здравоохранения» (Marmot 2012) из-за их ожидаемого неблагоприятного воздействия на неравенство в отношении здоровья, которое уже проявляется в виде роста числа самоубийств среди тех, кто сталкивается с потерей рабочего места (Barr, Taylor-Robinson et al. 2012). Чтобы обеспечить реализацию эффективной политики по сокращению несправедливости в отношении здоровья, необходимо понимать сложные механизмы и причинные связи, соединяющие эти основные причины с болезнью и преждевременной смертью. Активные сторонники общественного здравоохранения должны играть ведущую роль в системах здравоохранения, а также поддерживающую, координирующую или своего рода «направляющую» роль в контексте общей системы государственного управления (см. главу 16 «Развитие лидерства в общественном здравоохранении») и выступать в интересах бедных и обездоленных.

Международные инициативы и их поддержка

Европейское региональное бюро ВОЗ играет важную роль в предоставлении государствам-членам ВОЗ консультационной помощи по вопросам сокращения несправедливости в отношении здоровья. Помимо работы ЕРБ ВОЗ в области социальных детерминант здоровья (см. выше), открытый в Венеции в 2003 г. Европейский офис ВОЗ по инвестициям в сфере здравоохранения (Европейское региональное бюро ВОЗ 2013) стал местным центром руководства и технической поддержки для стран-членов Европейского регионального бюро ВОЗ. Опубликованные офисом «Концепции и принципы преодоления социального неравенства в отношении здоровья: Восходящее выравнивание. Часть 1» и «Европейские стратегии по преодолению социального неравенства в отношении здоровья: Восходящее выравнивание. Часть 2» стали важными референсными документами по данной проблематике (Dahlgren and Whitehead 2006, Whitehead and Dahlgren 2006).

Для ЕС достижение высокого уровня охраны здоровья является одной из заявленных целей с подписания в 1992 г. Маастрихтского договора, при том что ответственность за организацию и оказание медицинской помощи остается за государствами-членами ЕС. Тем не менее, в соответствии с договорами ЕС имеет право содействовать сотрудничеству в обмене знаниями, и одним из примеров такого содействия является сотрудничество между заинтересованными государствами в 2011–2013 гг. под лозунгом «Совместные действия в поддержку справедливости». Оно объединяет участвующие государства, регионы, заинтересованные стороны и экспертов для определения и реализации мероприятий и инициатив в четырех конкретных областях:

- создание систем фактических данных и мониторинга;
- разработка инструментов, таких как оценка воздействия на равенство;
- укрепление субнационального и регионального сотрудничества и участия;
- многосекторальное партнерство участников из гражданского общества, частного сектора и других органов.

На уровне как Европейского союза, так и остальной части Европейского региона ВОЗ в настоящее время значительно упрощен и расширен доступ к

данным, инструментам и рекомендациям по вопросам политики, направленной на улучшение социальных детерминант здоровья. EuroHealthNet, сеть агентств, занимающихся вопросами укрепления здоровья в Европе, разработала веб-портал с возможностью поиска успешных примеров и соответствующих ссылок (www.health-equival.eu). Данный портал представляет собой ресурс, содержащий актуальные результаты исследований, проведенных в ЕС, а также ссылки на базы данных и другие источники информации и доказательных данных. Другой веб-портал представляет собой инструмент для оценки политики, разработанный в результате проведения финансируемых ЕС исследований по теме «Устранение градиента» (www.health-gradient.eu), в особенности по теме устранения неравенства для молодежи и молодых семей. Лица, принимающие решения, также могут использовать принцип «здоровье в рамках всех подходов» (Ollila 2010) и методологий проекта «Пересекая мосты» (“Crossing bridges”), финансируемого совместно с www.eurohealthnet.eu в рамках Программы действий ЕС в области общественного здравоохранения.

Также появляются другие заинтересованные стороны на международном уровне. В Европе было создано «Народное движение за здоровье», Европейский альянс общественного здравоохранения принял Хартию справедливости в отношении здоровья (EPHA 2010), а сотрудничество между региональными сетями и инициативами заинтересованных сторон реализуется с использованием таких инструментов, как веб-портал EuroHealthNet акция ЕС «Совместные действия в поддержку справедливости». Возможность установления подобного партнерства также рассматривается в рамках других совместных инициатив и проектов ЕС.

Национальные стратегии и практики

Поддержав в 2009 г. резолюцию Всемирной ассамблеи здравоохранения о социальных детерминантах здоровья, страны по всему миру заявили о своем стремлении решать проблемы неравенства в отношении здоровья «в рамках и в пределах стран посредством политической поддержки» (BA3 2009), а также «обеспечивать координацию и организацию межсекторальных действий в интересах здоровья в целях придания проблеме справедливости в отношении здоровья профилирующего характера во всех стратегиях посредством использования инструментов оценки воздействия на состояние здоровья и справедливости в отношении здоровья» (Всемирная ассамблея здравоохранения 2009). Такое утверждение сделано даже несмотря на то, что в реальности дела обстоят немного иначе, особенно после глобального финансового кризиса (McKee, Karanikolos et al. 2012), поскольку некоторые правительства стремятся отказаться от модели «социально-ориентированного государства».

Это вызывает тревогу, учитывая тот факт, что политические решения и практические действия могут влиять на уровень неравенства в отношении здоровья. В докладе «Долгосрочный мониторинг неравенства в отношении здоровья», опубликованном правительством Шотландии в 2010 г. (Правительство Шотландии 2011) (вставка 11.1), показано, как неравенство в отношении здоровья может сокращаться, оставаться стабильным или увеличиваться с течением времени. Итак, кто должен брать на себя ответственность за инициирование политики, направленной на работу с социальными детерминантами здоровья? В первую очередь эстафету принимают органы общественного здравоохранения и министерства здравоохранения, привлекая внимание общественности к масштабам проблемы и призывая к принятию мер.

Вставка 11.1 Национальные стратегии и практики: Шотландия

Сокращение неравенства стало основным приоритетом правительства (EuroHealthNet 2013). В 2008-2009 гг. правительство Шотландии издало три связанных с этим стратегических программных документа: «В равной степени здоровы», «Концепция работы с детьми раннего возраста» и «Достижение нашего потенциала»; каждый из них касается причин неравенства в отношении здоровья и социального неравенства. Межведомственная рабочая группа по сокращению неравенства под руководством Министерства здравоохранения и спорта несет ответственность за подготовку, реализацию и оценку основных стратегических политических действий. В первоначальном докладе подчеркивается необходимость расстановки приоритетов на местном уровне. Партнерство по общественному планированию работает над усовершенствованием местных служб и устранением причин, порождающих неравенство.

Действия, направленные на сокращение неравенства в раннем детстве, включают новые принципы организации службы охраны материнства в Шотландии и сопутствующую политику по улучшению дородового наблюдения. Эти политики направлены на:

- уменьшение неравенства в отношении здоровья матери и ребенка при рождении и на протяжении всей жизни;
- оценку повышения доступности медицинской помощи для всех женщин и установку приоритетов по оказанию помощи пациенткам, находящимся в группе риска в связи с плохим состоянием здоровья;
- разработку индивидуальных, равных для всех, пропорциональных и универсальных положений, которые в случае необходимости обеспечивают и повышают доступность услуг специалиста.

Программа «Улучшение качества питания матери и младенца: основа для действий на 2011–2016 гг.» направлена на улучшение питания матерей и младенцев в рамках более обширных планов по улучшению здоровья и благосостояния всех людей. Данная программа предназначена для различных организаций, целью которых является улучшение питания матери и ребенка, в первую очередь для Национальной службы здравоохранения (NHS), местных органов власти, работодателей, сообществ и добровольцев — все они в большей степени могут влиять на культуру и изменение поведения.

Существуют примеры пропорциональной универсальности в действии, такие как применение законодательства об обязательном использовании ремней безопасности в автомобилях или мерах по ограничению скорости движения транспорта в густонаселенных жилых районах. Они несут пользу для большинства, одновременно устраняя неравенство по социальному градиенту. Такие стратегии также полезны для других секторов, например жилищного или транспортного сектора, а также для систем здравоохранения.

Подходы к проблеме в разных странах сильно различаются из-за различных национальных контекстов и политических идеологий. Они включают реализацию мер в таких областях, как перераспределение доходов, улучшение качества жизни детей, условия труда и рабочего места, поведение, связанное со здоровьем, медицинские услуги, социальная интеграция, а также применение территориальных подходов (Maskenbach and Bakker 2003). Одним из наиболее заметных обзоров социальных детерминант здоровья, выполненных на национальном уровне, является отчет «Справедливое общество, здоровые жизни» в Англии (Marmot,

Allen et al. 2010). Он призвал сеть местных органов власти принять описанные в нем рекомендации и создать Институт по вопросам равенства в области здравоохранения на базе университетского колледжа Лондона.

В некоторых странах положения, касающиеся неравенства в отношении здоровья и социальных детерминант здоровья, включены в национальные стратегии в области здравоохранения, такие как Национальный план по здоровью населения в Эстонии и Национальная программа здравоохранения на 2007–2015 гг. в Польше. В резолюции правительства Финляндии о программе общественно-го здравоохранения «Здоровье 2015» содержатся четкие направления действий по сокращению неравенства в отношении здоровья. В 1996 г. Словения приняла национальную стратегию в области здравоохранения и развития, и в ряде ее регионов с тех пор были приняты региональные стратегии по сокращению неравенства в отношении здоровья (вставка 11.2). Однако в ряде стран политика в области здравоохранения, которая когда-то считалась одним из путей движения вперед, была отменена из-за смены правительства.

Тем не менее изолированного применения стратегий или политики в области здравоохранения недостаточно. Большинство европейских стран заявляют, что принимают меры по сокращению неравенства, но часто это ограничивается выявлением уязвимых групп или повышением доступности услуг. Напротив, Норвегия предлагает примеры подходов, встроенных в государственную политику. Ирландия, Испания, Норвегия (вставка 11.3) и Финляндия являются примерами

Вставка 11.2 Национальные стратегии и практики: Словения

Словения использует скоординированный подход к сокращению межрегионального неравенства в отношении здоровья, вызванного низким социально-экономическим статусом. Каждый регион в Словении подготовил региональную стратегию борьбы с неравенством в отношении здоровья, основанную на единых целях и задачах, но предполагающую также конкретные для региона цели на основе методологии, разработанной в рамках программы «Инвестиции в здравоохранение и развитие в Помурье — MURA». Секция общественного здравоохранения Министерства здравоохранения взяла на себя инициативу по продвижению и повышению осведомленности, определению конкретных способов интеграции здравоохранения в более обширные планы развития и созданию партнерства с другими секторами. Программа включает три подхода к сокращению неравенства в отношении здоровья: популяционный подход (который работает со всем социальным градиентом и направлен на улучшение состояния здоровья каждого), меры по сокращению разрыва между более бедными и наиболее обеспеченными группами населения и целенаправленные меры в отношении социально незащищенных слоев населения.

Межсекторальное сотрудничество поддерживалось координационными механизмами на национальном и региональном уровнях и совместной стратегической расстановкой приоритетов. В их число входят формирование здорового образа жизни, расширение производства и распространения здоровой пищи, развитие здорового туризма, сохранение природного и культурного наследия и улучшение экологических условий. Был подготовлен новый стратегический план действий для каждого финансового периода (2000–2006 и 2007–2013 гг.), а также интегрированы ключевые рабочие области для региональной программы развития (Buzeti, Djomba et al. 2011; EuroHealthNet 2013).

европейских стран, в секторах образования и занятости которых разработаны стратегии, способствующие уравниванию возможностей всех жителей страны. Стратегии, разработанные в экономическом секторе, секторах окружающей среды, городского и регионального планирования, реконструкции жилых районов и обустройства жилищного сектора в Нидерландах, Соединенном Королевстве и Эстонии являются еще одним примером того, как можно учитывать роль социальных детерминант здоровья в политических и стратегических решениях (EuroHealthNet 2008).

Многие действия и механизмы их реализации, разработанные и внедренные в европейских странах, ориентированы на наиболее малообеспеченные слои населения без учета различий по всему социальному градиенту. Но как упоминалось ранее, для устойчивости эффективности мер, чувства личной ответственности, вовлечения всех партнеров и политической приверженности решающее значение в учете социальных факторов имеет использование именно градиентного подхода; только этот подход приносит пользу каждому.

Вставка 11.3 Национальные стратегии и практики: Норвегия

Национальная стратегия Норвегии по сокращению социального неравенства в отношении здоровья является ярким примером комплексной межсекторальной политики (EuroHealthNet 2013). Норвежский директорат по здравоохранению и социальным вопросам разработал карту реализации действий, в которой определяются стратегические точки входа с учетом универсальных и избирательных подходов:

	Социальная реформа (Первый этап)	Сокращение рисков (Второй этап)	Уменьшение эффекта (Третий этап)
Универсальные меры	Система общественного образования, налогов, рынок труда, политика и т. д.	Условия жизни и труда, обширные мероприятия по изменению образа жизни и т. д.	Система здравоохранения
Избирательные меры	Социальные выгоды, предоставляемые с учетом нуждемости и т. д.	Целенаправленные меры по изменению образа жизни и т. д.	Специализированные службы здравоохранения

Источник: Torgersen, Giaver et al. (2007)

Приоритетами норвежской стратегии являются:

- уменьшение социального неравенства (в том числе в плане доходов, образования, занятости и условий труда), которое ведет к различиям в состоянии здоровья;
- уменьшение социального неравенства в отношении поведения, связанного со здоровьем, и использования медицинских услуг;
- разработка целенаправленных инициатив по содействию социальной интеграции;
- получение информации и разработка межсекторальных инструментов.

В Национальном плане здравоохранения и медико-санитарной помощи (2011–2015 гг.) Норвежское правительство изложило дальнейшие конкретные политические меры и цели для увеличения продолжительности жизни с поправкой на качество и снижения социального неравенства в отношении здоровья.

Также важно увеличить доступность данных. Несколько европейских стран участвуют в систематическом мониторинге и анализе социального неравенства в отношении здоровья, а в некоторых, таких как Франция и Германия, существуют серьезные препятствия для сбора любых данных об этнических меньшинствах, которые часто социально не защищены. Помимо этих крайних примеров, в Европе регулярно собирают сравнимые данные и показатели, которые можно использовать для измерения и описания неравенства в отношении здоровья (Aluttis, Chiotan et al. 2013). Реально существующие данные используются в недостаточной степени; кроме того, многие страны не обладают большими возможностями для проведения сложных анализов и выявления неравенства в отношении здоровья.

Важно также понимать, что центральная государственная власть далека от абсолютной. Во многих странах полномочия по работе с детерминантами здоровья были переданы региональному, городскому или местному управлению, где воздействие социальных детерминант ощущается наиболее остро. Большое количество органов управления во многих европейских странах активно обращаются к рекомендациям CSDH по улучшению условий жизни и труда в рамках социального градиента. Они включают в себя локальные обзоры (например, на юге Швеции) или расширение положительно оцененных региональных инициатив (таких как национальный стратегический подход в Словении, последовавший за пилотным проектом в Мурска-Соботе и других регионах). Сети ВОЗ «Здоровые города» и «Регионы для здоровья» защищают и поддерживают такие подходы в рамках европейской политики здравоохранения «Здоровье-2020».

Специалисты в области общественного здравоохранения играют особенно важную роль в реализации мер, предоставлении доказательной базы, руководстве, информационно-пропагандистской деятельности, поддержке планирования и мониторинга и стабильном приложении усилий. Тем не менее создание межведомственных или межсекторальных инструментов с общими целями при поддержке специалистов в области общественного здравоохранения, но руководимых высокопоставленными чиновниками, не являющимися работниками здравоохранения, может быть более эффективным подходом. Это может способствовать появлению новых перспектив для решения сложных задач, расширить сферу подотчетности и ответственности, а также устранить барьеры в терминологии и культуре, с которыми часто сталкиваются специалисты в сфере общественного здравоохранения при реализации мер.

Заключение

На международном, национальном и субнациональном уровнях предпринимаются важные шаги по оценке и пониманию (природы) проблемы социальных детерминант здоровья. Однако до сих пор прогресс был медленным, переменным и недостаточным — амбициозные цели на национальном и международном уровнях не были достигнуты. Причины включают отсутствие устойчивого политического стремления и неспособность обеспечить участие заинтересованных сторон. Локальные или местные (на уровне общин) подходы продемонстрировали многообещающие результаты, но их масштабирование до размеров целой страны представляет собой сложную задачу и требует наличия дополнительных структур и законодательства; недостаточно только наличия стратегий. Тем не менее растет доступность методологий по реализации системных подходов к оценке влияния равенства в отношении здоровья (см. главу 13), межсекторальному сотрудничеству (см. главу 12), партнерству между государственным и частным секторами и стратегиям здравоохранения.

Текущий экономический кризис, вероятно, окажет сильное влияние на различия в отношении здоровья, при этом человеческие издержки пока еще трудно оценить (Figueras and McKee 2012). Его масштабы и последствия различаются между странами и внутри стран, равно как и способность систем социального обеспечения предоставить должный уровень защиты. Кризис усилил нищету и социальную изоляцию, повлияв на психическое и физическое здоровье; кроме того, усиливается давление на общественные службы и волонтерские организации. Экономический кризис грозит увеличить неравенство в отношении здоровья, особенно в странах и регионах, где отсутствуют меры и политика защиты (Европейская комиссия 2010).

По данным CSDH процессы глобализации и маркетизации, обусловленные в основном мощными корпоративными интересами, являются еще одной социальной детерминантой ухудшения состояния здоровья, хотя некоторые критики утверждают, что это мнение не учитывает выгоды, которые может принести частный сектор. Несмотря на признание многочисленных рисков, связанных с частно-государственными партнерствами, а также необходимости создания партнерских отношений на основе сильной законодательной базы, по-прежнему сохраняется возможность привлечения некоторых субъектов частного и третьего сектора, не нарушая ценностей общественного здравоохранения. Например, привлечение местных предпринимателей и органов общественного здравоохранения в качестве партнеров к планированию общественных инициатив, способствующих повышению занятости и улучшению условий среды, вероятно, увеличит равенство в отношении здоровья без негативных последствий. Крайне важно, что рекомендация CSDH по сокращению несправедливого распределения власти, богатства и ресурсов подчеркивает важность решения этих проблем именно в рамках модели «социального градиента». Пока это не будет достигнуто, неравенство будет сохраняться.

Однако отсутствие адекватной информации и систем оценки означает, что по-прежнему существует смутное представление о степени влияния неравенства. Ввиду отсутствия большого количества данных о социальном неравенстве, в процессах планирования и аудита европейские страны должны стремиться использовать дезагрегированные показатели равенства, а также оценки его влияния (см. главу 13).

Пока разрабатываются все более эффективные системы данных, для разработки краткосрочных мер, отвечающих целям отдельных периодов стратегических циклов, можно использовать уже имеющиеся сведения. Такие меры обычно сосредоточены на обеспечении равенства в отношении факторов, связанных с образом жизни, таких как курение, ожирение, потребление алкоголя, или на раннем развитии детей. Тем не менее действия на уровне сообществ, предусматривающие многосекторальное планирование и реализацию мер, предлагают многообещающие пути развития, особенно в случае интегрирования их в контекст явных социальных и экономических потребностей, таких как борьба с нищетой, безработица среди молодежи, миграция, старение, образование, преступность, транспорт или жилищные проблемы. Привлечение общественного здравоохранения в рамках услуг системы здравоохранения или вне ее рамок (например в области планирования людских ресурсов для систем здравоохранения или политики интеграции пригородов) является важным способом продемонстрировать наличие общих выгод для политики и инвестиций. Тем не менее способность активных сторонников общественного здравоохранения, которые могут использовать очень небольшие доли государственных расходов, оказать политическую поддержку для принятия необходимых мер во многих странах остается под вопросом.

Библиография

- Aluttis, C., C. Chiotan, K. Michelsen, C. Costongs and H. Brand (2013). Review of Public Health Capacity in the EU. Luxembourg, European Commission Directorate General for Health and Consumers.
- ASPECT Consortium (2004). Tobacco or Health in the European Union: Past, present and future. Brussels, European Commission [http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/Documents/tobacco_fr_en.pdf, по состоянию на 29 июля 2018 г.].
- Barr, B., D. Taylor-Robinson, A. Scott-Samuel, M. McKee and D. Stuckler (2012). "Suicides associated with the 2008-2010 recession in the UK: a time-trend analysis." *British Medical Journal* 345: e5142.
- Buzeti, T., J. Djomba, M. Blenkus and M. Ivanusa (2011). Health Inequalities in Slovenia. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- Commission of the European Communities (2009). Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions on solidarity in health: reducing health inequalities in the EU. Brussels, Commission of the European Communities [http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/com2009_en.pdf, по состоянию на 29 июля 2018 г.].
- Commission on Social Determinants of Health (2008). Closing the Gap in a Generation: Health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, WHO.
- Dahlgren, G. and M. Whitehead (1993). Tackling Inequalities in Health: What can we learn from what has been tried? Working paper prepared for the King's Fund International Seminar on Tackling Inequalities in Health, September 1993, Ditchley Park, Oxfordshire. London, King's Fund.
- Dahlgren, G. and M. Whitehead (2006). Levelling Up (Part 2): A discussion paper on European strategies for tackling social inequities in health. Brussels, WHO Collaborating Centre for Policy Research on Social Determinants of Health, University of Liverpool [http://www.who.int/social_determinants/resources/leveling_up_part2.pdf, по состоянию на 29 июля 2018 г.].
- Davey Smith, G. (2003). Health Inequalities: Lifecourse Approaches. Bristol, Policy Press.
- Eurofound (2007). European Foundation for Living and Working Conditions Second Survey.
- EuroHealthNet (2008). DETERMINE Consortium: Policies and actions addressing the socio-economic determinants of health inequalities - examples of activity in Europe [<http://www.publichealth.ie/sites/default/files/documents/files/Working%20document%201%20%5BExamples%20of%20activity%20in%20Europe%5D.pdf>].
- EuroHealthNet (2013). European Portal for Action on Health Inequalities [http://www.health-inequalities.eu/HEALTHYQUITY/EN/policies/policy_database/, по состоянию на 29 июля 2018 г.].
- European Commission (2010). Draft Joint Report on Social Protection and Social Inclusion.
- European Environment State and Outlook UBA (2009). The German Environmental Survey (GerES) for Children 2003/2006: Noise. *Environment 7 Health* 01/200.
- European Public Health Alliance (EPHA) (2010). Launch of the European Charter for Health Equity: Together for more equity in health.
- Figueras, J. and M. McKee (2012). Health Systems, Health, Wealth and Societal Wellbeing: Assessing the case for investing in health systems. Maidenhead, Open University Press [http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0007/164383/e96159.pdf, по состоянию на 29 июля 2018 г.].
- Friedli, L. (2009). Mental Health, Resilience and Inequalities. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- Graham, H. (2004). "Tackling health inequalities in England." *Journal of Social Policy* 33(1): 115-131.
- Judge, K., S. Platt, C. Costongs and K. Jurczak (2006). Health Inequalities: A challenge for Europe. Independent expert report commissioned by the UK Presidency of the EU. London, COI for the Department of Health.

- Mackenbach, J., W. J. Meerdling and A. Kunst (2007). Economic Implications of Socioeconomic Inequalities in Health in the European Union [http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/socioeco_inequalities_en.pdf, по состоянию на 29 июля 2018 г.]. Brussels, European Commission.
- Mackenbach, J. P. and M. J. Bakker (2003). "Tackling socioeconomic inequalities in health: analysis of European experiences." *The Lancet* 362(9393): 1409.
- Marmot, M. (2004). *Status Syndrome*. London, Bloomsbury.
- Marmot, M. (2012). Presentation to the 8th Annual World Health Care Congress Europe, Amsterdam, 23-24 May.
- Marmot, M., J. Allen, R. Bell, E. Bloomer and P. Goldblatt (2012). "WHO European review of social determinants of health and the health divide." *The Lancet* 380(9846): 1011-1029.
- Marmot, M., J. Allen, P. Goldblatt, T. Boyce, D. McNeish, M. Grady and I. Geddes (2010). *Fair Society, Healthy Lives: Strategic review of health inequalities in England post-2010*.
- McKee, M., M. Karanikolos, P. Belcher and D. Stuckler (2012). "Austerity: a failed experiment on the people of Europe." *Clinical Medicine* 12: 346-350.
- McKee, M. and D. Stuckler (2011). "The assault on universalism: how to destroy the welfare state." *British Medical Journal* 343: d7973.
- Nelson, M., B. Erens, B. Bates, S. Church and T. Boshier (2007). *Low Income Diet and Nutrition Survey 2007*. London, Foods Standards Agency.
- Ollila, E. (2010). "Health in all policies from rhetoric to action." *Scandinavian Journal of Public Health* 39(6): 11-18.
- Rittel, H. W. J. and M. M. Webber (1973). "Dilemmas in a general theory of planning." *Policy Sciences* 4(2): 155-169.
- Robertson, A., T. Lobstein and C. Khai (2007). *Obesity and Socio-economic Groups in Europe: Evidence review and implications for action*. Brussels, European Commission [http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/ev20081028_rep_en.pdf, по состоянию на 29 июля 2018 г.].
- Royal Commission on Environmental Pollution (2010). *The European Environment, State and Outlook, Synthesis 2010: The urban environment, 26th Report*. London, Royal Commission on Environmental Pollution.
- Scottish Government (2011). *Long-Term Monitoring of Health Inequalities* [<http://www.scotland.gov.uk/publications/2011/10/21133633/0>, по состоянию на 29 июля 2018 г.]. Edinburgh, The Scottish Government.
- The Lancet (2010). "Health equity - an election manifesto?" *The Lancet* 375(9714): 525.
- Torgersen, T. P., O. Gimver and O. T. Stigen (2007). *Developing an Intersectoral National Strategy to Reduce Social Inequalities in Health - The Norwegian case*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- Whitehead, M. and G. Dahlgren (2006). *Levelling Up (Part 1): A discussion paper on concepts and principles for tackling social inequities in health*. Liverpool, WHO Collaborating Centre for Policy Research on Social Determinants of Health [http://www.who.int/social_determinants/resources/leveling_up_part1.pdf, доступно на русском языке <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/107790/E89383R.pdf?sequence=2&isAllowed=y>, по состоянию на 29 июля 2018 г.].
- Wilkinson, R. and M. Marmot (2003). *Social Determinants of Health: The solid facts*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe [http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf, доступно второе издание на русском языке <http://www.euro.who.int/ru/publications/abstracts/social-determinants-of-health.-the-solid-facts>, по состоянию на 29 июля 2018 г.].
- World Health Assembly (WHA) (2009). *Reducing Health Inequities through Action on the Social Determinants of Health [Уменьшение несправедливости в отношении здоровья посредством воздействия на социальные детерминанты здоровья]*. Geneva, WHA. [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/4384/A62_R14-ru.pdf?sequence=1&isAllowed=y, по состоянию на 29 июля 2018 г.].
- World Health Assembly (WHA) (2012). *World Health Assembly Endorses the Rio Political Declaration on Social Determinants of Health* [<http://www.who.int/sdhconference/background/en/>, по состоянию на 29 июля 2018 г.]. Geneva, WHA.

- World Health Organization (WHO) (1986). The Ottawa Charter for Health Promotion [<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index4>. Html, по состоянию на 29 июля 2018 г.]. Geneva, WHO.
- World Health Organization (WHO) (2011). Health 2020 [Здоровье 2020.] Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. [<http://www.euro.who.int/ru/media-centre/events/events/2011/03/first-meeting-of-the-european-health-policy-forum/health-2020>, по состоянию на 29 июля 2018 г.].
- World Health Organization (WHO) (2013a). European Health for All Database, January 2013 edition. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization (WHO) (2013b). The European Health Report 2012: Charting the way to well-being. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. [доступно резюме на русском] [<http://www.euro.who.int/ru/publications/abstracts/european-health-report-2012-charting-the-way-to-well-being-the.-executive-summary>, по состоянию на 29 июля 2018 г.]
- World Health Organization (WHO) (2013c). Social Determinants of Health - Action: SDH. Geneva, WHO. [http://www.who.int/social_determinants/actionsdh/en/, по состоянию на 29 июля 2018 г.]
- World Health Organization (WHO)/UNICEF (1978). Report of the International Conference on Primary Health Care Geneva, World Health organization, UNICEF (http://www.unicef.org/about/history/files/Alma_Ata_conference_1978_report.pdf по состоянию на 29 июля 2018 г.).
- World Health Organization (WHO) Regional Office for Europe (2011). Interim Second Report on Social Determinants of Health and the Health Divide in the WHO European Region. [Предварительный второй доклад о социальных детерминантах здоровья и различиях в состоянии здоровья населения Европейского региона ВОЗ.] Copenhagen, WHO Regional office for Europe [<http://www.euro.who.int/ru/media-centre/events/events/2011/11/first-who-european-conference-on-the-new-european-policy-for-health-health-2020/documentation/inf-doc-5-the-health-divide-european-experiences-in-addressing-social-determinants-for-health2>, по состоянию на 29 июля 2018 г.]
- World Health Organization (WHO) Regional Office for Europe (2013). WHO European Office for Investment for Health and Development, Venice, Italy [Европейское региональное бюро ВОЗ (2013). Европейский офис ВОЗ по инвестициям в здоровье и развитие, Венеция, Италия.]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. [<http://www.euro.who.int/ru/about-us/organization/office-locations/who-european-office-for-investment-for-health-and-development,-venice,-italy>, по состоянию на 29 июля 2018 г.]

глава 12

Межсекторальная работа и учет интересов здоровья во всех направлениях политики

Matthias Wismar, Jose M. Martin-Moreno

Введение

Межсекторальный подход широко используется в практике организации общественного здравоохранения в Европе, что продемонстрировано в нескольких главах этой книги. Охрана окружающей среды, гигиена труда, укрепление здоровья, работа с его социальными детерминантами, продовольственная безопасность и оценка воздействия на здоровье — во всех этих областях в какой-либо мере используется межсекторальный подход. Необходимость межсекторальной работы была на политическом уровне признана многими международными документами и резолюциями, такими как Алма-Атинская декларация (ВОЗ 1978). В последнее время фокусом тематических дискуссий и политических инициатив, связанных с межсекторальной работой, является подход, предполагающий учет интересов здоровья во всех направлениях политики (HiAP) (вставка 12.1).

Формирование многих детерминант здоровья определяется работой других министерств (см. главу 11 «Действия в отношении социальных детерминант»), цели которых часто не связаны с интересами министерств здравоохранения или даже противоречат им. Политика по контролю потребления алкоголя иллюстрирует это утверждение (Кетт 2007). Причинно-следственные связи, определяющие состояние таких явлений как потребление алкоголя, здоровье

Вставка 12.1. Определение HiAP

Учет интересов здоровья во всех направлениях политики (HiAP) — подход к государственной политике во всех секторах, который систематически учитывает воздействия политических решений на здоровье и системы здравоохранения, содействует сотрудничеству и взаимодействию, а также предотвращению вредных воздействий на здоровье с целью укрепления здоровья населения и обеспечения справедливости в отношении здоровья. Подход HiAP основан на правах и обязанностях, связанных со здоровьем. Он подчеркивает последствия влияния государственной политики на детерминанты здоровья и направлен на повышение ответственности лиц, определяющих политику в области здравоохранения, за стратегические решения на всех уровнях.

Источник: Ollila, Vaum et al. (2013), адаптировано из рабочих определений ВОЗ для 8-й Глобальной конференции по укреплению здоровья, Хельсинки, 10–14 июня 2013 г.

и влияющее не него поведение, формируют научную доказательную базу для определения точек приложения политических мер по контролю потребления алкоголя. Тем не менее большинство из таких «точек приложения» предполагают действия, находящиеся в компетенции министерств, отвечающих за налоги, розничную торговлю, транспорт, образование, экономическое развитие, уголовное правосудие, сельское хозяйство и социальное обеспечение. Эти министерства преследуют разные цели: они могут выступать за стимулирование экономической активности, повышение мобильности или обеспечение безопасности. Некоторые из этих целей могут оказывать положительное влияние на состояние здоровья населения, в то время как другие не связаны со здоровьем или даже создают угрозы для здоровья населения. Дополнительной проблемой для национальных министерств здравоохранения является то, что определенные сферы, такие как образование и торговля, выходят за рамки национальных правительств и находятся под контролем региональных правительств или наднациональных организаций, таких как Европейский союз или Всемирная торговая организация.

Разработка межсекторальной политики в области здравоохранения

Межсекторальная политика в области здравоохранения имеет давнюю историю, начиная с концепции «Здоровье для всех» (HFA), заложенной в Алма-Атинской декларации (ВОЗ 1978), Европейской политике 1985 года (Европейское региональное бюро ВОЗ 1985) и 1999 года (Европейское региональное бюро ВОЗ 1999). В новой европейской политике здравоохранения Здоровье-2020, принятой в 2012 г., также подчеркивается необходимость работы с социальными детерминантами здоровья (Европейское региональное бюро ВОЗ 2013). Постоянная направленность на работу с социальными детерминантами здоровья потребовала более глубокого понимания сути межсекторальной работы, в частности межсекторального управления. Учет интересов здоровья во всех направлениях политики (HiAP), общегосударственный подход (вставка 12.2) и подход в масштабах всего общества (вставка 12.3) являются частью данной дискуссии.

В европейских странах было сделано несколько попыток систематически описать практику реализации межсекторальной политики (van de Water и van

Вставка 12.2. Определение ВОЗ общегосударственного подхода

Общегосударственные меры носят многоуровневый характер, от местного до глобального масштаба, и в них все в большей мере вовлекаются группы, не входящие в систему государственного управления. Непременными условиями реализации этого подхода являются развитие атмосферы доверия, общие этические принципы, культура согласованных действий и новые навыки. В нем подчеркивается необходимость улучшения координации и интеграции, ориентированной на поставленные государством всеобъемлющие социальные цели. В странах с федеральными системами управления или где региональные и местные органы являются политически автономными, укрепление общегосударственного подхода можно обеспечивать путем широких консультаций между различными уровнями государственного управления. Общим требованием для всех уровней и всех систем является обеспечение подотчетности.

Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ (2013 г.)

Вставка 12.3 Определение ВОЗ подхода в масштабах всего общества

Принцип участия всего общества не ограничивается конкретными учреждениями: он оказывает мобилизирующее влияние на местную и глобальную культуру и средства массовой информации, сельские и городские общины и все стратегически важные для здоровья секторы политики, такие как образование, транспорт, охрана окружающей среды и даже градостроительное проектирование. Наглядный пример – подход к решению проблемы ожирения с участием глобальной системы продовольственного обеспечения. Подходы на основе участия всего общества – это форма коллективного руководства, которая может дополнять государственную политику. При этом особое внимание уделяется координации деятельности путем использования общепринятых ценностей и укрепления взаимного доверия среди широкого круга различных действующих сил. Такой подход, благодаря привлечению частного сектора, гражданского общества, местных общин и отдельных граждан, повышает способность сообществ преодолевать угрозы здоровью, безопасности и благополучию.

Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ (2013 г.)

Herten 1998; Busse and Wismar 2002, Wismar и Busse 2002). В целях обновления европейской политики HFA в 2005 г. ВОЗ инициировала оценку и картирование ситуации (Европейское региональное бюро ВОЗ 2005). Для включения в исследование политика должна была охватывать несколько секторов, основываясь на ценностях, преследовать цели в области здоровья и быть изложенной в соответствующих документах. Исследование показало, что многие страны уже разработали и приняли политику HFA, в то время как другие на момент проведения исследования только ещё находились в процессе разработки такой политики. В исследование также были включены ситуации на региональном и местном уровнях. Такой подход позволил показать, что многие страны, использующие политику HFA национального масштаба, также используют принципы HFA и в программах субнационального уровня.

Новая европейская политика здравоохранения «Здоровье-2020» определила четыре взаимосвязанные приоритетные области для направленных действий, основанных на приоритетах государств-членов, а также на их способности решения данных проблем:

- инвестирование в здоровье на всех этапах жизни человека и расширение прав и возможностей граждан;
- уменьшение бремени основных неинфекционных и инфекционных болезней в Европе;
- укрепление систем здравоохранения, ориентированных на нужды людей, и потенциала общественного здравоохранения, включая поддержание готовности к чрезвычайным ситуациям и потенциала для осуществления ответных мер;
- создание благоприятных условий среды и обеспечение устойчивости местных сообществ.

Создавая и укрепляя партнерские отношения, в том числе с важными наднациональными организациями, такими как ЕС, Европейское региональное бюро ВОЗ стремится создать политическую и социальную среду, в которой здоровье занимало бы более заметное место при разработке политики во всех секторах государственного управления.

Политика «Здоровье-2020» возлагает ответственность за здоровье на общество в целом, но признает особую роль, которую должны играть правительства. Амбициозная по своим масштабам и учитывающая трудности, связанные с обеспечением лидерства в различных секторах, а также вовлечением промышленности, сообществ и частных лиц, ответственных за здоровье населения, политика Здоровье-2020 является краеугольным камнем для межсекторальной политики в европейском регионе. В своей эволюции этой программе предстоит преодолеть определенные трудности, в том числе существующие между европейскими странами различия в потенциале общественного здравоохранения, прежде чем ее стратегические цели смогут быть воплощены в национальных политиках стран

Организация Объединенных Наций (ООН) также оказала влияние на реализацию концепции межсекторального взаимодействия в странах Европейского региона ВОЗ, в частности в некоторых наиболее бедных странах, входивших ранее в состав Советского Союза. Подход ООН строился на Целях развития тысячелетия (ЦРТ). В 2000 г. 193 государства-члена ООН, а также 23 международные организации договорились к 2015 г. осуществлять развитие в соответствии с Целями развития тысячелетия (см. вставку 12.4) и 21 задачей, ассоциированной с ними.

В рамках ЦРТ здоровье признается необходимым условием развития, так как цели 4–6 напрямую связаны с его охраной. Остальные ЦРТ, в частности относящиеся к бедности и голоду, начальному образованию и гендерному равенству, также связаны, хотя и опосредованно, со здоровьем и призваны работать над его основными социальными детерминантами.

Для государств-членов ЕС в статье 168 Договора о функционировании Европейского союза предусмотрен мандат ЕС на межсекторальную работу, согласно которому «при формировании и осуществлении всех направлений политики и деятельности Союза обеспечивается высокий уровень охраны здоровья людей» (Европейский союз 2010). Статья была введена Маастрихтским договором о Европейском союзе, который был принят в 1992 г. и вступил в силу в 1993 г. Статья пересматривалась несколько раз, но элемент «Учет интересов здоровья во всех направлениях политики» был сохранен во всех редакциях, тем самым обеспечив гарантии для осуществления межсекторальной работы (Merkel 2010).

Кроме того, председательство Финляндии в Европейском совете в 2006 г. способствовало разработке и осуществлению программы «Учет интересов здоровья во всех направлениях политики», в рамках которой правительства должны рассматривать влияние политики, осуществляемой вне сектора здравоохранения

Вставка 12.4 Цели развития тысячелетия

- ЦРТ 1: Ликвидация крайней нищеты и голода;
- ЦРТ 2: Обеспечение всеобщего начального образования;
- ЦРТ 3: Поощрение гендерного равенства и расширение прав и возможностей женщин;
- ЦРТ 4: Сокращение детской смертности;
- ЦРТ 5: Улучшение охраны материнства;
- ЦРТ 6: Борьба с ВИЧ/СПИДом, малярией и другими заболеваниями;
- ЦРТ 7: Обеспечение экологической устойчивости;
- ЦРТ 8: Налаживание глобального партнерства в целях развития.

ранения, на здоровье и политику в области здравоохранения (Stahl, Wismar et al., 2006). Результаты внедрения данной инициативы нашли свое отражение в итогах и выводах Совета (Совет Европейского союза 2006) и в Римской декларации (Ministerial Conference 2007), в рамках которой государства-члены обязались активно продвигать программу «Учет интересов здоровья во всех направлениях политики». Разумеется, данное обязательство не всегда находит подтверждение в практических действиях (Koivusalo 2010).

В целях дальнейшего уточнения и реализации мандата в области общественного здравоохранения ЕС сформулировал стратегию здравоохранения «Вместе во имя здоровья: стратегический подход для ЕС на 2008–2013 гг.» (Комиссия Европейских Сообществ 2007). Стратегия основана на четырех принципах и включает три цели (вставка 12.5).

Некоторые программы, финансируемые ЕС и возглавляемые директором Европейской комиссии, ответственным за здоровье, Генеральным директором по вопросам здоровья потребителей (DG SANCO) или другими директоратами, были приведены в соответствие с данной стратегией здравоохранения. К ним относятся Вторая программа действий сообщества в области здравоохранения с бюджетом в 300 млн. долл. США на период реализации политики и Седьмая рамочная программа на 2007–2013 гг. (FP7), в которую в качестве приоритета входит проведение исследований в области здоровья.¹ Тем не менее, данная сумма не велика, поскольку бюджет ЕС составляет примерно 1% от ВВП государств-членов, и большая часть этого бюджета направлена на общую сельскохозяйственную политику и формирование структурных фондов. Стратегия ЕС в области здравоохранения также оказывает влияние на региональную политику Союза, информационно-коммуникационные программы, занятость, социальные проблемы, готовность систем охраны здоровья, а также на реализацию 6-ой Программы действий Европейского сообщества в области охраны окружающей среды на 2002–2012 гг.²

Стратегия ЕС в области здравоохранения основывается на 25-летнем опыте реализации программ и стратегий общественного здравоохранения, в том числе предшествовавших официальному введению мандата ЕС в отношении общественного здравоохранения. «Европа против рака» стала первой программой общественного здравоохранения ЕС, проводившейся с 1987 по 2000 гг. Позднее она была дополнена семью другими вертикальными программами, посвященными укреплению и мониторингу здоровья, инфекционным заболеваниям, орфанным заболеваниям, профилактике травматизма, заболеваниям, связанным с загрязнением окружающей среды, и профилактике наркомании. В 2003 г. вертикальный подход к организации программ был заменен горизон-

Вставка 12.5 Вместе за здоровье

Принципы

- Стратегии, основанные на общих для всех ценностях
- Здоровье — величайшее богатство
- Учет интересов здоровья во всех направлениях политики
- Укрепление позиций ЕС в мировом здравоохранении

Цели

- Содействие здоровому образу жизни пожилого населения Европы
- Защита граждан от угроз для здоровья
- Поддержка динамичных систем здравоохранения и новых технологий

тальным. Новый подход был введен Программой действий сообщества в области общественного здравоохранения на 2003–2008 гг. Эта программа была основана на трех горизонтальных положениях: усиление информирования и увеличение объема знаний о здоровье, быстрое реагирование на угрозы для здоровья и работа с детерминантами здоровья (Европейский парламент и Совет Европейского союза 2002).

В целом, несмотря на то, что некоторые цели были достигнуты, особенно с учетом включения тематики здоровья в Структурные фонды ЕС, развитие межсекторальной политики было трудным и порой близким к провалу (Merkel 2010). Например, ни в одной из пяти ключевых целей и 7 ключевых инициатив десятилетней стратегии развития ЕС после принятия Лиссабонской повестки (стратегии Европа 2020) тематика здоровья не нашла своего места. Это означает, что роль здоровья в будущем ЕС остается неопределенной.

Межсекторальная работа в рамках министерств, секторов и гражданского общества

Разработка и реализация межсекторальной политики требует от министерств здравоохранения взаимодействия с другими министерствами, секторами и гражданским обществом. В данном разделе мы обсудим межсекторальные структуры управления, действия и стратегии, которые могут быть использованы в этом процессе.³

Межсекторальные государственные структуры

На международном совещании по учету интересов здоровья во всех направлениях политики (Аделаида, в 2010 г.), организованном ВОЗ и правительством Южной Австралии, участники обсудили некоторые из существующих инструментов, предназначенных обеспечивать осуществление межсекторальной работы (вставка 12.6).

Некоторые из этих инструментов можно рассматривать как межсекторальные структуры. Мы используем термин «межсекторальная структура» для обозначения конкретного механизма, выходящего за рамки межличностных отношений, который может способствовать реализации межсекторального взаимодействия. Хотя этот термин может показаться абстрактным, он имеет практическое значение (Mulgan 2010). Межсекторальная структура может основываться на четко поставленных задачах или быть определена в схеме

Вставка 12.6 Инструменты межсекторальной работы

- межминистерские и межведомственные комитеты
- консультации на уровне отдельных сообществ и гражданского жюри
- межсекторальные инициативные группы
- партнерские платформы
- интегрированные бюджеты и подотчетность
- Health Lens Analysis (анализ через призму здравоохранения)
- комплексные системы информации и оценки
- оценки воздействия
- согласованное развитие трудовых ресурсов
- законодательная база

Источник: Аделаидское заявление «Учет интересов здоровья во всех направлениях политики» (ВОЗ 2010)

организационной структуры организации. Межсекторальные структуры управления можно найти повсюду, включая кабинеты министров, парламенты и административные органы. Они могут создаваться для конкретных целей, таких как, например, финансирование, или для выхода за рамки государственного и общественного управления.

Межминистерские связи позволяют на самом высоком уровне принятия решений объединить такие области политики, которые в иных обстоятельствах были бы отделены друг от друга, если не изолированы. Существуют различные подходы к согласованию политики на министерском уровне. В Южной Австралии кабинет министров разработал совместную политику, в рамках которой каждый из министров был ответственным за свой набор согласованных и связанных между собой целей (Wismar и Ernst 2010). Другой способ управления министерскими связями может быть проиллюстрирован примером Соединенного Королевства во время пребывания Тони Блэра на посту премьер-министра. Блэр поручил министерству финансов разработать нормативную базу, которая затем дорабатывалась отдельно каждым из компетентых министерств (Smith 2008). Другими примерами налаженных межминистерских связей являются программы по борьбе с онкологическими заболеваниями во Франции, разработанные при президентах Жаке Шираке (Paris and Polton 2008) и Николае Саркози.

Подкомитеты кабинетов министров, как постоянные, так и специально организованные, являются ещё одной межсекторальной структурой, которая поддерживает диалог и сотрудничество на правительственном уровне. Несмотря на то, что работу этих подкомитетов кабинета трудно отследить в связи с конфиденциальностью их работы, новые данные подчеркивают важность создания контекста для изменения политики путем выработки всеобщего понимания проблем и их решений. (Metcalfе and Lavin 2012). Таким образом, в 2012 г. был закрыт британский подкомитет по общественному здравоохранению, поскольку оказалось невозможным собирать министров для проведения встреч.

Министры общественного здравоохранения — это ещё один канал налаживания связей на уровне министерств, что не обязательно должно происходить «за столом» кабинета министров. Мандаты этих министров могут различаться. Тесса Джоуэлл, которая впервые в Соединенном Королевстве стала министром именно «общественного здравоохранения» (в действительности просто произошло переименование действующей должности государственного министра на должность на уровне ниже кабинета министров), повлияла на разработку политики борьбы с табакокурением. В Швеции должность министра общественного здравоохранения была создана в контексте новой национальной политики здравоохранения, которая была целиком посвящена социальным детерминантам здоровья (Hogstedt, Lundgren et al., 2004). Министр общественного здравоохранения отвечал за реализацию политики, имея доступ к национальному управляющему комитету высокого уровня, в состав которого входили руководители ключевых государственных органов, а также представители региональных и местных органов власти (Pettersson 2010). Тем не менее позже эти должности были упразднены в обеих странах.

Парламентские комитеты также могут способствовать межсекторальной работе. Их роль может быть проиллюстрирована в рамках исследования неравенства в отношении здоровья Комитета по делам здравоохранения Палаты общин в Соединенном Королевстве (2009 год). Данный пример свидетельствует о том, что парламент может быть важным проводником межсекторального управления в соответствии с подходом HiAP. Для преодоления партийных раз-

ногласий в Парламенте были разработаны основы по достижению межпартийного консенсуса (Earwicker 2012).

Межсекторальные комитеты представляют собой одну из наиболее часто используемых межсекторальных структур управления. Существует достаточно литературы о том, как следует управлять этими комитетами, включая типовые задачи таких структур, описание административной иерархии и подходящей периодичности проведения совещаний. Хотя учет данных технических вопросов необходим при непосредственном управлении межсекторальными комитетами, они представляют собой лишь часть управления межсекторальными комитетами. При использовании данного вида межсекторальных систем необходимо понимать, что такие комитеты часто непопулярны среди членов, и они могут быть неэффективными или даже использоваться в качестве механизма промедления или саботажа. В действительности межсекторальные комитеты эффективны только в особых обстоятельствах. Они легко могут решить бюрократические препоны, но они не способны решать политические проблемы. Наиболее эффективно они работают над важными вопросами, по которым уже существует «всеобщий» консенсус, и наименее эффективно, когда консенсус отсутствует или проблема не считается приоритетной (Greer 2012b).

Мега-министерства и слияния министерств – ещё один подход с расчетом на повышение эффективности и согласованности политической и административной работ. Одним из примеров является Министерство национальных ресурсов Венгрии, включающее шесть министерств, которые в других странах существуют в качестве отдельных ведомств. Хотя в подобных случаях остается неясным, насколько эффективно достигаются поставленные перед такими мегаобразованиями цели (Greer 2012a).

Совместный бюджет представляет собой межсекторальную структуру, которая позволяет обеспечить финансирование мероприятий, связанных с охраной здоровья. Объединение происходит в рамках правительства, а фонды используют различные источники для реализации совместных проектов. Англия уже использовала этот инструмент, а Швеция запускает несколько пилотных проектов. Особенно сложной задачей в таких ситуациях является определение подотчетности, что создает непреодолимый барьер для министерств здравоохранения в ряде стран (McDaid, Drummond et al., 2008; McDaid 2012).

Делегированное финансирование — это межсекторальная структура управления, объединяющая ресурсы за пределами правительства, позволяющая привлекать дополнительные средства. Примерами являются фонды укрепления здоровья в Австрии, Австралии, Таиланде и Швейцарии. Германия также планировала создать фонд содействия здравоохранению с ежегодным бюджетом в 250 миллионов; однако дважды, в 2005 и 2007 годах, инициатива его создания не получила поддержки в Парламенте. Фонды укрепления здоровья могут совместно финансироваться из налоговых поступлений, налогов «на вредные продукты» и взносов на медицинское страхование. Несмотря на то, что их часто критикуют за институциональное дублирование функций, подрывающее деятельность уже функционирующих учреждений здравоохранения, они могут способствовать привлечению инвестиций из других секторов на деятельность по укреплению здоровья (Schang, Czabanowska et al. 2011; Schang and Lin 2012).

Публичные слушания (общественные обсуждения) направлены на охват более широкой части населения в процессы связанные с охраной здоровья (Gauvin 2012). Для этого используются различные структуры. Австрия, например, использовала процесс публичного слушания для общения и обсуждения

своей новой межсекторальной политики в области общественного здравоохранения. По итогам слушания им была дана высокая оценка: были получены мнения почти 4500 человек, неправительственных организаций (НПО) и других заинтересованных сторон⁴. Другим примером является Европейская комиссия, которая в рамках общего процесса принятия решений все законодательные и политические предложения выносит на публичные слушания.

Конференции по здравоохранению, организованные национальными или региональными правительствами, представляют собой структуру управления, которая помогает охватить целый ряд заинтересованных сторон. Примеры проведения таких конференций имеются в Австрии, Германии и Франции. Лучшим примером может служить система, организованная в немецкой земле Северный Рейн-Вестфалия. Согласно ей итоги съездов на государственном уровне находят отражение в работе муниципальных заседаний по здравоохранению. Оценки работы данного вида межсекторальной системы были положительными, что свидетельствует о том, что система в некоторой степени эффективна в отношении создания, координации и совместной реализации пунктов повестки (Brand and Michelsen 2012).

Государственно-частное партнерство (ГЧП) способствует привлечению представителей частного сектора (промышленности) к рассмотрению вопросов здравоохранения. Платформа ЕС по вопросам питания, физической активности и здоровья является примером такого ГЧП, способствующего совместным действиям Европейской комиссии, промышленности и большого количества НПО. Некоторые европейские страны переняли данный формат взаимодействия, внедрив аналогичные национальные ГЧП (Kosinska and Palumbo 2012). Тем не менее возможность влияния корпоративных интересов на политические решения в области охраны здоровья в рамках данных механизмов вызвало общественную критику (см. главу 7 «Продовольственная безопасность и выбор в пользу здорового питания»).

Работа межсекторальных государственных структур

При работе с социальными детерминантами здоровья необходимо применять различные межсекторальные меры с учетом конкретных обстоятельств в стране, сферы работы и этапа разработки политики (вставка 12.7). Обеспечение всеобщего и однозначного понимания и толкования фактической информации является необходимым условием получения поддержки как со стороны правительства, так и вне его. Например, в Таллиннской хартии ВОЗ (Европейское региональное бюро ВОЗ 2008) было подчеркнуто, что здоровье и здравоохранение следует рассматривать не в качестве расходной статьи, а, скорее, как инвестиции. Аналогичным образом, в отчете Wanless, подготовленном по заказу министерства финансов Соединенного Королевства, были изложены преимущества популяризации здорового образа жизни среди населения (Wanless 2012).

Определение целей и задач — это ещё одна область межсекторальной деятельности, требующая четкого определения взаимовыгодных решений, понимания общности целей различных министерств и секторов и различий их миссий. Примерами являются политика НФА, Здоровье-2020, ЦРТ, а также национальные и субнациональные цели и задачи. Другие действия, осуществляемые межсекторальными структурами, включают информационно-пропагандистскую деятельность, мониторинг и оценку, финансовую поддержку, предоставление юридического мандата, реализацию мер и управление.

Вставка 12.7 Примеры межсекторальной работы и HiAP

В 2013 г. Правительство Германии разработало основные принципы глобальной политики здравоохранения на уровне кабинета министров для обеспечения активного и последовательного содействия Германией укреплению глобального здравоохранения. В рамках этой программы основное внимание уделяется эффективной борьбе с трансграничными угрозами для здоровья, укреплению систем здравоохранения во всем мире, расширению межсекторального сотрудничества, усилению научного потенциала в области здравоохранения, укреплению экономики и глобальной архитектуры здравоохранения⁵.

Францией были реализованы две последовательные межсекторальные программы по борьбе с онкологическими заболеваниями. Первая программа была реализована в 2004–2007 гг. и включала в себя мероприятия по профилактике и скринингу, уходу за пациентами, а также модернизацию служб по борьбе с онкологическими заболеваниями, облегчение доступа к инновационным методам лечения, исследования и повышение квалификации специалистов (Paris and Polton 2008). Новый план по борьбе с раком, рассчитанный на 2009–2013 гг. был направлен на борьбу с несправедливостью в отношении здоровья, координацию и интеграцию медицинской помощи, а также медицинские и общественные инициативы в области здравоохранения для обеспечения поддержки пациентов⁶.

Знаменитый Северо-Карельский проект по сокращению масштабов эпидемии сердечно-сосудистых заболеваний у финских мужчин и женщин, запущенный в 1972 г., являет собой финский опыт межсекторальной работы, предшествующий Алма-Атинской декларации 1978 г. Все основные проблемы общественного здравоохранения и общества, включая диету и питание, физическую активность, безопасность дорожного движения, потребление табака и алкоголя, продление срока трудовой дееспособности, гигиену и безопасность труда, а также предотвращение самоубийств, были рассмотрены с межсекторальной точки зрения. В развитии эффективного взаимодействия с другими секторами важную роль сыграли эпидемиологические данные. Реализация такого проекта стала возможной благодаря всестороннему потенциалу Национального института здравоохранения и социального обеспечения Финляндии (THL) и его предшественников (Melkas 2013).

Израиль представил национальную программу по борьбе с ожирением — основной причиной плохого состояния здоровья и предотвратимой смертности. В программе заявлены амбициозные количественные цели. Ключевыми стратегиями для достижения этих целей являются увеличение объема знаний и информации, необходимых для создания здоровья сберегающей среды, а также привлечение к программе укрепления здоровья организаций и муниципалитетов. Уделяется внимание сотрудничеству межсекторальных структур с министерствами и заинтересованными сторонами. Программа также включает всестороннюю законодательную базу (Kranzler, Davidovich et al. 2013).

Швеция инвестирует около 1,7% своего ВВП в политику по созданию дружелюбной для детей и семьи среды. Система предполагает всеобщий охват качественной перинатальной медицинской помощью; регулярные (ежемесячные) осмотры в первые 18 месяцев жизни с целью выявления и лечения нарушений зрения, слуха, речи, стоматологических проблем до того, как ребенок пойдет в школу, а также предоставляет общий бесплатный доступ к финансируемым государством программам высококачественного раннего обучения и ухода. Эти программы и услуги также включают меры дополнительной поддержки для семей (с маленьким ребенком) с низким уровнем дохода: финансовая поддержка, оплата декретного отпуска на период до 18 месяцев, стимулирование активного участия отцов в программе (Mercer, Hertzmann et al., 2013).

Межсекторальные стратегии и «окна возможностей» для изменения политики

Национальные стратегии по изменению политики здравоохранения зависят от конкретных обстоятельств. Например, министерствам здравоохранения приходится применять различные межсекторальные стратегии для противостояния табачной промышленности или стратегии взаимодействия с транспортным сектором в вопросах повышения безопасности дорожного движения.

Можно выделить четыре политические стратегии, которые могут помочь министерствам здравоохранения достичь своих целей. Они тесно связаны с тем, насколько вопросы здравоохранения погружены в цели и задачи других министерств и секторов (Ollila 2011):

- *Стратегия здравоохранения* применяется в ситуациях, когда необходимо обеспечить учет целей и задач Министерства здравоохранения в планах и мероприятиях других ведомств и секторов. Таким образом, стратегия здравоохранения основывается на повестке Министерства здравоохранения.
- *Взаимовыгодная стратегия* связана с проведением политики и действий, гарантирующих существенную обоюдную выгоду. В таком случае стратегии соответствуют целям всех участвующих министерств и секторов.
- *Стратегия сотрудничества* выходит на первый план, когда сектор здравоохранения предоставляет необходимые данные и информацию, чтобы помочь другим министерствам или секторам достичь своих целей. В основе своей обсуждения эффективности мероприятий по укреплению здоровья лежат в плоскости этой стратегии.
- Наконец, *стратегия минимизации ущерба* представляет собой в большей степени защитный подход. Если цели различных министерств и секторов не могут быть согласованы, то цель такого подхода по меньшей мере свести к минимуму отрицательные последствия для здоровья.

Отсутствие положительной динамики при наличии эффективных путей решения актуальных проблем здравоохранения, несомненно, может приводить к демотивации лиц, принимающих решения. Например, существуют эффективные стратегии борьбы с табакокурением и потреблением алкоголя, но практическая реализация как внутри страны, так и между странами сильно различается. Почему Ирландия в большей степени продвинулась в области борьбы с табакокурением, нежели Германия, и почему Бавария отстает от других

земель Германии? Этот опыт привел к критике использования классического «цикла управления» при планировании и реализации мероприятий в области общественного здравоохранения. Как известно, такой принцип управления предполагает разработку политики в рамках непрерывного цикла, в соответствии с которым за этапом предварительной оценки следует этап разработки, затем этапы реализации и оценки результатов политики, после чего цикл повторяется (Institute of Medicine 1988). Хотя сильная сторона такого подхода – в наличии аналитической составляющей, он не может гарантировать адекватное описание необходимых путей осуществления изменений в политике. Сторонники общественного здравоохранения, которые полагаются на классические подходы, построенные на передаче знаний, и пытаются только на этом основании убедить политиков в принятии необходимых решений, в том числе законодательных, часто терпят неудачу. Дело заключается в том, что изменение политики часто достигается путем создания коалиции, мобилизации общественного мнения, лоббирования и влияния на политические ценности, а не путем распространения одних только результатов исследований (De Leeuw и Clavier 2011). Фактические данные о существующих проблемах и доступных решениях имеют большое значение, но зачастую этого недостаточно для изменения политики.

Одним из альтернативных подходов к пониманию и достижению изменений в политике является концепция «окна возможностей» (Kingdon, 1984), которая была заимствована из политологии, адаптирована к реалиям общественного здравоохранения и привнесена в дискуссии по вопросам политики здравоохранения (Ollila 2011). Эта модель подчеркивает роль предпринимателей в сфере политики, которые пользуются возможностями формирования повестки, известными как «окна возможностей» или «окна политики». Изменение политики рассматривается как изменение, происходящее в результате трех независимых процессов или «потоков»: процесса эволюции проблемы, процесса динамики политики (стратегий в данной области) и процесса динамики политической ситуации (рис. 12.1).

Модель Кингдона предполагает, что политический процесс является нелинейным и непоследовательным. В противоположность тому, что предлагает цикл действий общественного здравоохранения, оценку проблемы, разработку и реализацию политики можно проводить параллельно и относительно независимо. Например, могут иметься решения, но проблема как таковая пока не воспринимается.

Остается вопрос, каким образом создаются окна возможностей. Раньше стимулирующим фактором для изменения политики были кризисы общественного здравоохранения. Например, кризис Бахрейнской фондовой биржи (БФБ) привел к введению мандата ЕС в отношении политики в области здравоохранения⁷, а Международные медико-санитарные правила ВОЗ были реформированы только после возникновения угрозы эпидемии атипичной пневмонии (см. главу 4 «Основы безопасности здоровья в Европе»).

Деятельность межсекторальных государственных структур

Проанализировав межсекторальные структуры управления, действия и стратегии по отдельности, важно изучить реальные контексты, в которых они действуют или применяются в сочетании (вставка 12.8). Несмотря на отсутствие полноценной карты (анализа) ситуации в Европе, в недавнем докладе Голландскому совету по здравоохранению и общественному здравоохранению были кратко описа-

ПРОЦЕСС РАЗВИТИЯ ПРОБЛЕМЫ

1. Акцентирование внимания

Показатели
События с фокусом на проблеме
Обратная связь

2. Исчезновение проблемы

**ДИНАМИКА
ПОЛИТИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ**1. Формулирование
государственной повесткиОсновные силы:
Национальные настроения
Организованные политические силы
Юрисдикция**ОКНО
ВОЗМОЖНОСТЕЙ
ОТКРЫВАЕТСЯ**2. Выстраивание
консенсуса3. Эффект
уступки**ВВЕДЕНИЕ
В ДЕЙСТВИЕ
ПОЛИТИКИ****НАПРАВЛЕНИЕ ПОЛИТИКИ**1. Формулирование основ принятия
решенияОсновные силы:
Идеи
Деятели в области политики
Скрытый кластер участников2. Жизнеспособные предложения
Техническая простота
Приемлемость ценностей
Обоснованные затраты
Одобрение общественности
Ожидание ограничений в будущем3. Выстраивание
консенсуса
4. Эффект
уступки**Рисунок 12.1** Окна возможностей*Источник:* Ollila, Vaum et al. (2013)

ны межсекторальные структуры управления Англии, Квебека, Новой Зеландии, Норвегии, Финляндии и Швеции и продемонстрированы значительные различия в использовании и задачах данных структур (St.-Pierre, Hamel et al. 2009).

В ЕС ключевые аспекты межсекторального управления были включены Европейской комиссией в законодательный процесс в ответ на критику непрозрачности и непоследовательности процесса разработки политики. Процесс принятия решений был реформирован, после чего все предложения стали включать в дорожную карту, которая стала основой для принятия решений всеми другими генеральными директоратами и общественностью. Предложение, не представленное в дорожной карте, не может быть представлено на утверждение. Это позволяет всем основным заинтересованным сторонам своевременно внести свой вклад в потенциально благоприятные для здоровья предложения в тот момент, когда планы ещё находятся на ранней стадии разработки. Кроме того, проведение общественных слушаний в Интернете позволяет правительствам, отдельным лицам и другим заинтересованным сторонам принять участие в данном процессе. Далее все законодательные акты и основные политические предложения должны быть представлены в комиссию для проведения собственной комплексной оценки воздействий. В этой оценке основное внимание уделяется экономическому, экологическому и социальному (в том числе с позиции влияния на здоровье) воздействиям предложений. В ходе оценки используются консультации между различными генеральными директоратами. Наконец, Совет по оценке воздействия должен официально уточнить достоверность оценок воздействия, которые затем утверждаются Коллегией уполномоченных (Комиссия Европейских Сообществ 2002).

Новая процедура принятия решений, несомненно, повысила уровень прозрачности, но также вызвала некоторую критику. Хотя процесс слушаний в интернете является общедоступным, его вклад в области, выходящие за рамки правительств и других заинтересованных сторон, остается ограниченным. Кроме того, процедура оценки воздействия подвергается критике за то, что не учитывает влияние на здоровье в должной мере (Salay and Lincoln 2008; Stahl 2010).

Вставка 12.8 Межсекторальные государственные структуры в действии: Финляндия

В Финляндии существуют министерские комитеты по таким вопросам, как внешняя политика, макроэкономическая и финансовая политика, а также социальная политика, для того, чтобы представители министерств мультипартийного правительства могли участвовать в подготовке государственной политики высокого уровня. При разработке политики по укреплению здоровья на уровне членов правительства министры, министр здравоохранения и его команда специалистов в вопросах укрепления здоровья населения используют следующие межминистерские инструменты для усиления политик по укреплению здоровья в рамках деятельности других министерств:

- официальные сессии по принятию решений и (в частности) неофициальные подготовительные сессии всего правительства;
- постоянный комитет министров по социальной политике;
- временная рабочая группа на уровне министров, созданная до следующих выборов с целью осуществления программы политики правительства по укреплению здоровья.

Источник: Lehto (2012)

Несмотря на то, что эти наблюдения являются достоверными, при оценке эффективности иной межсекторальной работы ЕС важно ориентироваться не только на доклады об оценке воздействия. Гораздо более важным в этом отношении является взаимодействие между сотрудниками Комиссии из разных директоров и находящихся на разных уровнях должностной иерархии.

Комиссия подчеркнула необходимость эффективного сотрудничества с государствами-членами, специалистами здравоохранения и гражданским обществом при реализации своей стратегии в области здравоохранения «Вместе во имя здоровья» (Merkel 2010). С этой целью были созданы два межсекторальных координационных механизма. Первым является Форум политики ЕС по вопросам политики, который объединяет НПО, медицинских работников, поставщиков медицинских услуг и предпринимателей. Второй механизм – это Рабочая группа высокого уровня по общественному здравоохранению — Совета, состоящий из представителей государств-членов, служащий инструментом эффективного поддержания сотрудничества с государствами-членами. Согласно промежуточной оценке «Вместе во имя здоровья» координационные механизмы ещё не реализовали свой полный потенциал. Стратегия была признана согласованной с другими политиками, мероприятиями и процессами финансирования ЕС, но не оказывающей на них очевидного прямого влияния. Действительно, в большинстве государств-членов ЕС влияние стратегии здравоохранения ЕС на национальные стратегии здравоохранения пока ограничено (PHEIAC 2011). Однако на уровне ЕС существует много других форм межсекторальной работы, включая различные межсекторальные платформы, совместные политические программы и программы межсекторальных действий. Полного обзора всех этих действий ещё не проводилось.

Заключение

Каким образом мы можем создавать ситуации и контексты, способствующие межсекторальной работе? Каким образом мы можем стимулировать проявление

ние политической воли и лидерства? В чем преимущество межсекторальных задач и навыков специалистов здравоохранения, и как необходимо пересмотреть подготовку специалистов в области общественного здравоохранения для решения новых задач?

Привлечение других министерств и секторов и вовлечение их в конструктивный диалог, результатом которого являются межсекторальные действия, требует политической воли и сильного руководства не только со стороны министра здравоохранения, но и со стороны кабинета министров или главы правительства. Примером является быстрое и эффективное внедрение антитабачных мер в Турции при министре здравоохранения Реджепе Акдаге и поддержке премьер-министра⁸. Однако часто политическая воля и руководство являются недостаточными. Главы государств и кабинетов не занимаются вопросами детерминант здоровья, а министр здравоохранения может в процессе решения целой серии не всегда согласованных между собой реформ или программ здравоохранения, стремится избежать дополнительных противоречий со своими коллегами из кабинета министров. В этих ситуациях окно возможностей откроется, только если произойдет стечение всех необходимых обстоятельств, событие с особым «фокусом на проблеме». Это может быть кризис в области здравоохранения или публичный скандал. В истории также известны случаи, когда доклады или события способствовали проведению межсекторальной работы в соответствии с политической повесткой. Примером является председательство Финляндии в Европейском совете в 2006 г., результатом которого явилась формулировка Советом выводов по HiAP и интеграция HiAP во вторую стратегию здравоохранения DG SANCO. Другим примером продвижения межсекторальных вопросов в политической повестке является доклад Комиссии ВОЗ по социальным детерминантам здоровья, который получил широкое распространение и способствовал некоторой переориентации действий в области общественного здравоохранения.

Межсекторальная работа и HiAP расширяют круг задач и навыков для специалистов общественного здравоохранения, в частности в отношении анализа политики, экономики здравоохранения и коммуникации проблем. Им предстоит проанализировать и понимать стратегию и политику других секторов, сопоставлять интересы заинтересованных сторон и проводить эффективное взаимодействие со специалистами из других сфер. Им также необходимо прийти к пониманию экономики профилактики, которое может помочь проиллюстрировать взаимные выгоды от сотрудничества. Кроме того, специалистам общественного здравоохранения необходимо использовать стратегический подход. Он включает в себя вышеупомянутые стратегии в области здравоохранения, взаимовыгодного сотрудничества, сотрудничества и минимизации ущерба, нацеленные на эффективность антитабачных действий, объединение усилий с сектором образования и другими секторами, привлечение промышленности к большей социальной ответственности и предотвращению худшего исхода при возникновении системных проблем, кажущихся неизбежными, таких, например, как либерализация торговли. Введение в учебные планы вопросов анализа политики и межсекторального управления в области общественного здравоохранения было бы крайне полезным для HiAP в дальнейшем. Существуют и другие способы повышения профессиональной компетентности, например путем направления сотрудников министерства здравоохранения в другие министерства или подготовки сотрудников других министерств по вопросам здравоохранения.

Примечания

- ¹ «Здоровье в интересах экономического роста» является утвержденной, но ещё не ратифицированной новой программой общественного здравоохранения на период 2014 – 2020 г. Она целенаправленно разработана для поддержки целей Комиссии в области повышения конкурентоспособности и роста. Четыре цели новой предлагаемой программы — содействовать инновационным и устойчивым системам здравоохранения, расширять доступ граждан ЕС к более качественному и безопасному медицинскому обслуживанию, предотвращать болезни и поддерживать хорошее состояние здоровья, а также защищать граждан от трансграничных угроз для здоровья.
- ² Обзор представлен на сайте: http://ec.europa.eu/health/strategy/implementation/index_en.htm. [по состоянию на 28 сентября 2018 г.]
- ³ Этот подраздел, посвященный межсекторальным структурам управления и действиям, основан на совместном исследовании, проведенном Европейской обсерваторией по системам и политике здравоохранения и Международным союзом укрепления здоровья и образования (IUHPE), а обсуждение политических стратегий и окон возможностей построено на данных совместного проекта Министерства социальных дел и здравоохранения Финляндии, Финского национального института здравоохранения и социального обеспечения, Научно-исследовательского института социального развития ООН и Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения.
- ⁴ <http://www.gesundheitsziele-oesterreich.at/ideen-sammlung/ergebnisse-der-ideensuche-mai-bis-august-2011/> [по состоянию на 28 сентября 2018 г.]
- ⁵ https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Gesundheit/Broschueren/Globale_Gesundheitspolitik-Konzept_der_Bundesregierung.pdf (по состоянию на 19 ноября 2013 г.).
- ⁶ http://www.epraac.eu/from_heidi_wiki/France_National_Cancer_Plan_English.pdf. [по состоянию на 22 июля 2018 г.]
- ⁷ Первая в ЕС программа общественного здравоохранения «Европа против рака» началась задолго до введения мандата в сфере общественного здравоохранения. По слухам, Франсуа Миттеран, страдавший раком предстательной железы, стоял у истоков программы (был одним из инициаторов).
- ⁸ <http://www.euro.who.int/en/countries/turkey/news/news/2011/06/turkey-shares-experience-on-tobacco-control-with-neighbouring-and-midincome-countries>. [по состоянию на 22 июля 2018 г.]

Библиография

- Brand, H. and K. Michelsen (2012). "Collaborative governance: the example of health conferences." In *Intersectoral Governance for Health in All Policies*. D. McQueen, V. Lin, M. Wismar, L. St.-Pierre and M. Davies, Eds. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Busse, R. and M. Wismar (2002). "Health target programmes and health care services — any link? A conceptual and comparative study (part 1)." *Health Policy* 59(3): 209-221.
- Commission of the European Communities (2002). *Communication from the Commission on impact assessment*, COM(2002) 276 final.
- Commission of the European Communities (2007). *Together for Health: A strategic approach for the EU2008-2013*, White Paper COM(2007) 630 final.

- Council of the European Union (2006). Council Conclusions on Health in All Policies (HiAP) (EPSCO), 30 November 2006.
- De Leeuw, E. and C. Clavier (2011). "Healthy public in all policies." *Health Promotion International* 26(Suppl. 2): ii237-ii244.
- Earwicker, R. (2012). "Parliamentary committees." In *Intersectoral Governance for Health in All Policies*. D. McQueen, V. Lin, M. Wismar, L. St.-Pierre and M. Davies, Eds. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- European Parliament and Council of the European Union Decision No. 1786/2002/EC of the European Parliament and of the Council of 23 September 2002 adopting a programme of community action in the field of public health (2003-2008).
- European Union (2010). "Consolidated Version of the Treaty on the Functioning of the European Union." *Official Journal of the European Union* C 83-C 47.
- Gauvin, F.-P. (2012). "Public engagement." In *Intersectoral Governance for Health in All Policies*. D. McQueen, V. Lin, M. Wismar, L. St.-Pierre and M. Davies, Eds. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Greer, S. L. (2012a). "Mega-ministries." In *Intersectoral Governance for Health in All Policies*. D. McQueen, V. Lin, M. Wismar, L. St.-Pierre and M. Davies, Eds. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Greer, S. L. (2012b). "Interdepartmental committees and support units." In *Intersectoral Governance for Health in All Policies*. D. McQueen, V. Lin, M. Wismar, L. St.-Pierre and M. Davies, Eds. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Hogstedt, C., B. Lundgren, H. Moberg, B. Pettersson and G. Agren (2004). "The Swedish public health policy and the National Institute of Public Health." *Scandinavian Journal of Public Health Supplement* 64: 6-64.
- House of Commons Health Committee (2009). *Health Inequalities*. London, TSO.
- Institute of Medicine (1988). *The Future of Public Health*. Washington, D.C.: National Academy Press.
- Kemm, J. (2007). "What is HIA and why might it be useful?" In *The Effectiveness of Health Impact Assessment: Scope and limitations of supporting decision-making in Europe*. M. Wismar, J. Blau and K. Ernst, Eds. Copenhagen, WHO: 3-14.
- Kingdon, J. W. (1984). *Agendas, Alternatives and Public Policies*. Glenview, IL, Scott, Foresman.
- Koivusalo, M. (2010). "The state of Health in All Policies (HiAP) in the European Union: potential and pitfalls." *Journal of Epidemiology and Community Health* 64(6): 500-503.
- Kosinska, M. and L. Palumbo (2012). "Industry engagement." In *Intersectoral Governance for Health in All Policies*. D. McQueen, V. Lin, M. Wismar, L. St.-Pierre and M. Davies, Eds. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Kranzler, Y., N. Davidovich, Y. Fleischman, I. Grotto, D. S. Moran and R. Weinstein (2013). "A health in all policies approach to promote active, healthy lifestyle in Israel." *Israel Journal of Health Policy Research* 2(1): 16.
- Lehto, J. (2012). "Joined-up government: the Finnish Government system." In *Intersectoral Governance for Health in All Policies*. D. McQueen, V. Lin, M. Wismar, L. St.-Pierre and M. Davies, Eds. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- McDaid, D. (2012). "Joined budgets." In *Intersectoral Governance for Health in All Policies*. D. McQueen, V. Lin, M. Wismar, L. St.-Pierre and M. Davies, Eds. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- McDaid, D., M. Drummond and M. Suhrcke (2008). *How can European Health Systems Support Investment in and the Implementation of Population Health Strategies?* [«Как могут европейские системы здравоохранения помочь в инвестировании в стратегии охраны и укрепления здоровья населения и в их реализации?».] Copenhagen,

- WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. [<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/107902/E91445R.pdf?sequence=3&isAllowed=y>, по состоянию на 22 июля 2018 г.].
- Melkas, T. (2013). "Health in All Policies as a priority in Finnish health policy: a case study on national health policy development." *Scandinavian Journal of Public Health* 41(11 Suppl.): 3-28.
- Mercer, P., C. Hertzmann, H. Molina and Z. Vaghri (2013). "Promoting equity from the start through early child development and Health in All Policies." In *Health in All Policies: Seizing opportunities, implementing policies*. K. Leppo, E. Ollila, S. Pena, M. Wismar and S. Cook, Eds. Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health: 105-124.
- Merkel, B. (2010). "Health in All Policies: European Union experience and perspectives." *Public Health Bulletin SA* 7(2): 14-17.
- Metcalf, O. and T. Lavin (2012). "Cabinet committees." In *Intersectoral Governance for Health in All Policies*. D. McQueen, V. Lin, M. Wismar, L. St.-Pierre and M. Davies, Eds. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Ministerial Conference (2007). Declaration on Health in All Policies, Rome, 18 December.
- Mulgan, G. (2010). "Holistic government and what works." *Public Health Bulletin SA* 7(2): 12-14.
- Ollila, E. (2011). "Health in All Policies: From rhetoric to action." *Scandinavian Journal of Public Health* 39(Suppl. 16): 11-18.
- Ollila, E., F. Baum and S. Pena (2013). "Introduction to Health in All Policies and the analytical framework." In *Health in All Policies: Seizing opportunities, implementing policies*. K. Leppo, E. Ollila, S. Pena, M. Wismar and S. Cook, Eds. Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health: 3-24.
- Paris, V. and D. Polton (2008). "France: targeting investment in health." In *Health Targets in Europe: Learning from experience*. M. Wismar, M. McKee, K. Ernst, D. Srivastava and R. Busse, Eds. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies: 101-122.
- Pettersson, B. (2010). "Health in All Policies across jurisdictions — a snapshot from Sweden." *Public Health Bulletin SA* 7(2): 17-20.
- Public Health Evaluation and Impact Assessment Consortium (PHEIAC) (2011). Final Report, 2011 [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/programme/docs/mthp_final_report_oct2011_en.pdf, по состоянию на 15 ноября 2018 г.].
- Salay, R. and P. Lincoln (2008). "Health impact assessments in the European Union." *The Lancet* 372(9641): 860-861.
- Schang, L. K., K. M. Czabanowska and V. Lin (2011). "Securing funds for health promotion: lessons from health promotion foundations based on experiences from Austria, Australia, Germany, Hungary and Switzerland." *Health Promotion International* dar023.
- Schang, L. and V. Lin (2012). "Delegated financing." In *Intersectoral Governance for Health in All Policies*. D. McQueen, V. Lin, M. Wismar, L. St.-Pierre and M. Davies, Eds. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Smith, P. C. (2008). "England: intended and unintended effects." In *Health Targets in Europe: Learning from experience*. M. Wismar, M. McKee, K. Ernst, D. Srivastava and R. Busse, Eds. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- St.-Pierre, L., G. Hamel, G. Lapointe, D. McQueen and M. Wismar (2009). *Governance Tools and Framework for Health in All Policies*. Quebec, National Collaborating Centre for Healthy Public Policy.
- Stahl, T. (2010). "Is health recognized in the EU's policy process? An analysis of the European Commission's impact assessments." *European Journal of Public Health* 20(2): 176-181.
- Stahl, T., M. Wismar, E. Ollila, E. Lahtinen and K. Leppo (2006). *Health in All Policies: Prospects and potentials*. Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health.
- van de Water, H. P. A. and L. M. van Herten (1998). *Health Policies on Target? Review of health target and priority setting in 18 European countries*. Leiden, TNO.

- Wanless, D. (2012). *Securing Our Future Health: Taking a long-term view*. London, Department of Health.
- Wismar, M. and R. Busse (2002). "Outcome-related health targets — political strategies for better health outcomes: A conceptual and comparative study (part 2)." *Health Policy* 59(3): 223-241.
- Wismar, M. and K. Ernst (2010). "Health in All Policies in Europe." In *Implementing Health in All Policies: Adelaide 2010*. I. Kickbusch and K. Buckett, Eds. Adelaide, SA, Department of Health, Government of South Australia: 53-64.
- World Health Organization (WHO) (1978). *Declaration of Alma-Ata* [http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf, по состоянию на 28 сентября 2018 г.].
- World Health Organization (WHO) (2010). *Adelaide Statement on Health in All Policies*. Geneva, WHO.
- World Health Organization (WHO) Regional Office for Europe (1985). *Targets for Health for All: Targets in support of the European regional strategy for Health for All*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization (WHO) Regional Office for Europe (1999). *Health21: The Health for All Policy framework for the WHO European Region*. [«Здоровье-21: Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ»] Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. [http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/109780/wa540ga199herus.pdf?ua=1, по состоянию на 22 июля 2018 г.], Копенгаген, Европейское бюро ВОЗ.
- World Health Organization (WHO) Regional Office for Europe (2005). *The Health for All Policy Framework for the WHO European Region: 2005 update*. [«Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ: Обновление 2005»] European Health for All series No. 7 Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. [http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/98390/E87861R.pdf?ua=1 по состоянию на 22 июля 2018 г.].
- World Health Organization (WHO) Regional Office for Europe (2008). *The Tallinn Charter: Health systems for health and wealth* [«Таллинская хартия: Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния»]. Tallinn, WHO Regional Office for Europe. [http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/88612/E91438R.pdf?ua=1, по состоянию на 27 сентября 2018 г.].
- World Health Organization (WHO) Regional Office for Europe (2013). *Health 2020: A European policy framework supporting action across government and society for health and well-being*. [«Здоровье 2020: Основы европейской политики в поддержку действий всего государства и общества в интересах здоровья и благополучия»] Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. [<http://autta.org.ua/files/files/Health2020-Short-Rus.pdf> по состоянию на 28 июля 2018 г.]

глава 13

Оценка воздействия на здоровье

Nichola Davies, Paul Lincoln

Введение

В Европе, а также в других странах, оценка воздействия на здоровье (ОВЗ) (HIA) используется для выявления потенциальных последствий (преднамеренных или непреднамеренных) влияния политик, проектов, программ и планов действий как внутри, так и (все чаще) за пределами сектора здравоохранения на здоровье общества. В соответствии с распространенным определением, содержащимся в «Гетеборгском документе» (Gothenburg consensus), ОВЗ представляет собой «любое сочетание процедур или методов, посредством которых стратегии, программы и проекты могут быть оценены с точки зрения их потенциального воздействия на здоровье населения» (Европейский центр ВОЗ по политике здравоохранения 2001).

Цель ОВЗ – обеспечение последовательного учета вопросов здоровья и благополучия в повседневных процессах принятия решений и планирования. Данный подход имеет важнейшее значение для обеспечения положительного воздействия политики на здоровье. ОВЗ может служить средством содействия сотрудничеству и другим формам межсекторальной работы между лицами, принимающими решения, и другими заинтересованными сторонами. Такая роль ОВЗ способствует повышению осведомленности о вопросах здоровья в областях за пределами сектора здравоохранения, а также помогает поиску решений, направленных на уменьшение неравенства в отношении здоровья.

Несмотря на то, что в некоторых странах ОВЗ набирает популярность в качестве инструмента улучшения общественного здравоохранения, в большинстве случаев она подвергается мощнейшему противостоянию со стороны сил, преследующих извлечение выгоды в условиях существующего экономического кризиса путем продвижения основанной на «экономике предложения» идеологии либерализации, а также других влиятельных игроков, таких как транснациональные корпорации и их подставные организации, которые стремятся создать наиболее выгодные для себя условия существования (Mindell, Reynolds et al. 2012).

В настоящей главе представлен краткий обзор литературы по оценке воздействия на здоровье, освещающей новые тенденции и изменения в использовании ОВЗ как в Европе, так и в международной практике. Также приводятся некоторые примеры, иллюстрирующие способы применения ОВЗ для оказания влияния на политику всех уровней.

Для чего и в каких случаях необходима ОВЗ?

Оценка воздействия на здоровье призвана учитывать наилучшие имеющиеся фактические данные из целого ряда источников, включая как качествен-

ные, так и количественные методы, в целях подготовки набора доказательных рекомендаций, которые могут использоваться для информирования процесса принятия решений в рамках прорабатываемой политики. Всеохватывающий и инклюзивный характер ОВЗ способствует выработке практических предложений по усилению позитивных аспектов предлагаемых решений, в том числе положительных результатов для здоровья и благополучия, одновременно смягчая или устраняя любые потенциальные негативные последствия. В отличие от других оценок воздействия, как правило, сосредоточенных исключительно на негативных последствиях, которые могут возникнуть в результате предлагаемого проекта, программы или политики (такие как оценка воздействия на окружающую среду — ОВОС), ОВЗ одновременно выявляет и положительное влияние. В контексте ОВЗ используется емкое определение здоровья, основанное на целостном подходе, который включает благополучие, признание широкого спектра социальных детерминант здоровья и необходимость уменьшения неравенства в отношении здоровья.

ОВЗ наиболее эффективна, когда применяется проспективно (до) или одновременно (параллельно) с принятием любых ключевых решений или обязательств. Очевидная ценность использования ОВЗ до или одновременно с разработкой политики или программ заключается в том, что результаты ОВЗ позволяют своевременно изменять предложения таким образом, чтобы оптимизировать положительное влияние на состояние здоровья и благополучия населения. Вместе с тем ОВЗ также можно проводить и ретроспективно (после внедрения мероприятий), что позволяет проводить оценку эффективности реализованных политики и программ. Ретроспективные ОВЗ также важны и как инструмент влияния на будущие решения, поскольку она позволяет оценить эффективность ранее реализованных мер и на основе этого предложить иные, более действенные решения в перспективе.

С помощью этих процессов ОВЗ позволяет лицам, принимающим решения, оценить возможное влияние прорабатываемых решений на здоровье населения, и одновременно с этим ОВЗ способствует более скоординированному межсекторальному взаимодействию на правительственном уровне, вовлечению заинтересованных сторон и учету интересов здоровья во всех направлениях политики (см. главу 12 «Межсекторальная работа и учет интересов здоровья во всех направлениях политики»). В литературе по ОВЗ определены, по меньшей мере, пять ключевых стадий (рис. 13.1).

На практике, однако, ОВЗ не всегда должна включать все пять стадий. Часто после завершения этапа предварительной оценки может быть вынесено решение, что ОВЗ не требуется или что для этого конкретного проекта более целесообразен менее масштабный процесс, например, быстрая ОВЗ. Таким образом, ОВЗ принимает различные формы и может использоваться в самых разных контекстах и для различных целей. В этой главе рассматриваются следующие новые подходы к использованию ОВЗ:

- Комплексная оценка воздействия (КОВ), в которой ОВЗ обычно сочетается с другими оценками воздействия, такими как ОВОС, стратегическая экологическая оценка (СЭО) или оценка устойчивости (ОУ);
- Быстрая ОВЗ.
- ОВЗ, проводимая сообществом;
- ОВЗ, проводимая с акцентом на равенство в отношении здоровья.

Общественное здравоохранение и ОВЗ являются междисциплинарными областями. Это может объяснить, почему зачастую существуют различные мнени-

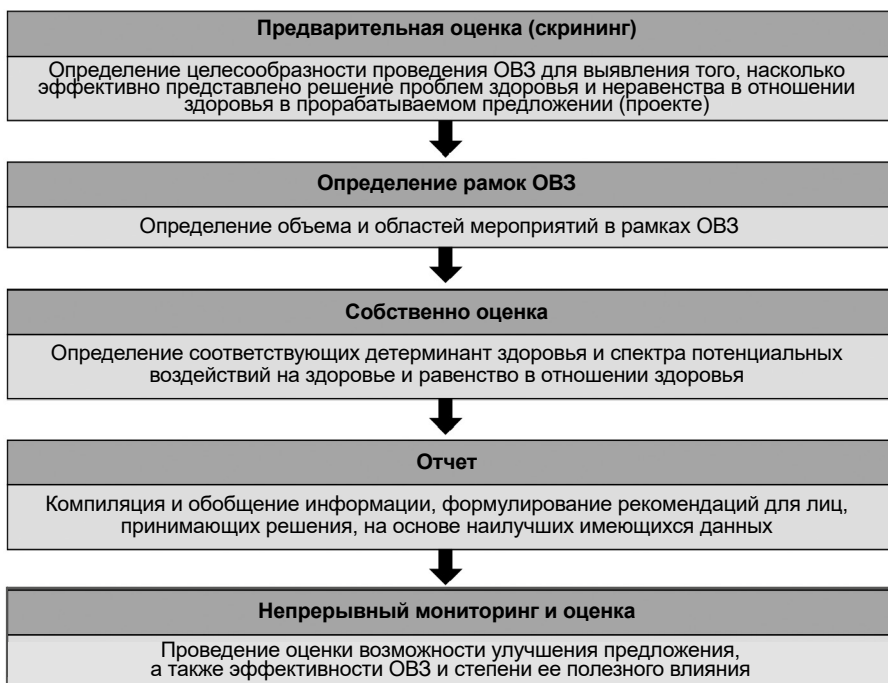


Рисунок 13.1 Основные стадии ОВЗ

Источник: Составлено на основании данных Public Health Advisory Committee (2007: 13)

ния о том, как интерпретировать цель ОВЗ, определить здоровье и провести оценку фактических данных (Harris-Roxas and Harris 2010). Различия в использовании ОВЗ по всей Европе также отражают политические, социально-экономические и институциональные различия между странами (Blau, Ernst et al. 2007). Независимо от того, проводится ли ОВЗ специализированными агентствами или подразделениями министерств, важно, чтобы результаты оценки всегда были доступными, прозрачными, независимыми и компетентными. Кроме того, навык проведения ОВЗ должен быть ключевым навыком работников общественного здравоохранения.

Можно выделить несколько важных тенденций в использовании ОВЗ в Европе. Во-первых, растет использование ОВЗ за пределами сектора здравоохранения для оценки потенциального влияния широкого круга факторов на здоровье, включая городское планирование, деятельность по обновлению и развитию, транспорт и жилье. Во-вторых, также набирает популярность ИОВ, поскольку она рассматривается в качестве эффективного способа уменьшения бремени оценок воздействия, объединяя общие цели в единый процесс. В-третьих, наблюдается сдвиг в сторону осуществления ОВЗ вне рамок официальных процессов принятий решений (мероприятий) и проведения ОВЗ в большей степени неправительственными организациями (НПО) и другими организациями гражданского общества. Таким образом, роль общин становится ведущей при осуществлении ОВЗ. При таком подходе ОВЗ используется как адвокативный инструмент, позволяя высветить те аспекты, которые в противном случае могли бы быть исключены из официального процесса принятия решений. В последнее время возрастает использование ОВЗ в качестве ин-

струмента для повышения справедливости и уменьшения неравенства в отношении здоровья. Так, в 2008 г. Комиссия по социальным детерминантам здоровья ВОЗ представила список рекомендаций, к числу которых относились: создание у разработчиков политики и планов потенциала компетенций, и навыков в области оценки воздействия на справедливость в отношении здоровья, включая проведение оценки воздействия на справедливость в отношении здоровья в рамках всех направлений государственной политики (CSDH 2008 г.). Обзор, проведенный Marmot в 2010 г. (The Marmot Review Team 2010), а также последующий Европейский обзор в 2012 г. (Marmot, Allen et al. 2012) также способствовали повышению внимания к вопросам равенства в рамках проведения оценок воздействия. Однако имеются свидетельства сопротивления сторонников неолиберальных взглядов проведению подобных оценок. Так, в ноябре 2012 г. премьер-министр Великобритании пообещал отменить проведение оценок воздействия на равенство в отношении здоровья, назвав их в целом «бюрократическим мусором», сдерживающим экономический рост (Sparrow 2012).

Применение ОВЗ за рамками сектора здравоохранения

Оценка воздействия на здоровье является лишь одним из видов оценки воздействия. Одновременно с этим воздействие на здоровье человека является компонентом других видов оценок. Чаще всего такую ситуацию можно наблюдать при оценке воздействия в секторе экологии и окружающей среды. В Европейском Союзе (ЕС) такие оценки включают оценку воздействия на окружающую среду (ОВОС), стратегическую экологическую оценку (СЭО), а также комплексную оценку воздействия (КОВ). Очевидно, что здоровье человека всегда рассматривалось в рамках вопросов гигиены окружающей среды, и многие из экологических катастроф, которые привели к тому, что ОВОС стала регулирующим процессом, привлекли к себе внимание общественности именно из-за их воздействия на здоровье человека (Caldwell 1988). Вместе с тем существуют опасения по поводу того, что определение и понимание здоровья человека, применяемые в области гигиены окружающей среды, в частности ОВОС, являются слишком узкими и не включают ни емкого целостного толкования здоровья и благополучия, ни широкого спектра социальных детерминант здоровья.

Европейское региональное бюро ВОЗ (2011 г.) считает, что СЭО является более подходящим инструментом для оценки целого круга потенциальных воздействий на здоровье человека в рамках экологических оценок. В Европе СЭО поддерживается двумя ключевыми рамочными концепциями: Директивой Европейской Комиссии о СЭО 2004 г. (2001/42/ ЕС) и Протоколом Европейской экономической комиссии ООН о СЭО (ЕЭК ООН). Важно отметить, что СЭО нацелены на стратегическую оценку решений высокого уровня по разработке и реализации политики (Wright, Parry et al. 2005), определяя тем самым сферу охвата любых последующих ОВОС (Wright, Parry et al. 2005). Это означает, что в процессе принятия решений СЭО осуществляется гораздо раньше, чем ОВОС, что делает СЭО гораздо более мощным и действенным инструментом для предотвращения вреда здоровью и уменьшению несправедливости в отношении здоровья.

На национальном уровне ОВЗ представлены весьма неравномерно, так как некоторые страны демонстрируют гораздо большую готовность к их использованию, чем другие. Рассматривая случаи применения ОВЗ за пределами Европы, можно обратиться к примеру канадской провинции Британской Колумбии,

которая одной из первых начала проводить регулярные оценки воздействия государственной политики и подготовила первый опросник для ОВЗ. Канадский опыт показал, что ОВЗ особенно эффективны, когда установлены измеримые цели в области здравоохранения, которые могут направлять процесс оценки (Frankish, Green et al. 2001).

В Европе ЕС определил своей приоритетной задачей проведение оценок, отражающих потенциальное социальное, экономическое и экологическое воздействие всех новых предложений, а оценка воздействия на здоровье считается ключевой частью этой процедуры (Wismar, Blau et al. 2007). Тем не менее только в нескольких европейских странах активно применялись ОВЗ (Blau, Ernst et al. 2007). Отчасти это объясняется более широкой информированностью и приверженностью правительств многосекторальным действиям в более активно вовлеченных странах (Stahl, Wismar et al. 2006), а также различиями в финансировании и потенциале. Некоторые страны сделали проведение ОВЗ обязательным в рамках регуляторной деятельности или законодательными решениями (Lee, Robbel et al. 2013). Способность проводить или пересматривать результаты ОВЗ влияет на то, в какой степени различные нормативные и законодательные решения регулируют вопросы проведения ОВЗ. Потенциал реагирования и использования возможностей в рамках других оценок воздействия может внести стратегический вклад в дальнейшую межсекторальную работу. Например, в случаях когда ОВЗ или межсекторальная работа становятся обязательными, работникам общественного здравоохранения предоставляются мощные рычаги и возможности для предотвращения некой разрозненности, существующей как внутри секторов, так и между ними (St.-Pierre, Hamel et al. 2009; Koivusalo 2010).

В рамках ЕС некоторые из государств-членов Центральной и Восточной Европы (вошедших в состав ЕС после 2004 г.), у которых общественное здравоохранение было относительно слабым, начали применять многосекторальные подходы, включая более широкое использование ОВЗ (Lock and McKee 2005). В данном контексте ОВЗ рассматривается в качестве полезного инструмента для всеобъемлющего (межсекторального) формирования политики в различных секторах (Lock, Gabrijelcic-Blenkus et al. 2003). В Словении, являющейся лидером в этой области, потребность в более эффективной межсекторальной работе между здравоохранением и сельским хозяйством была выявлена в ходе ОВЗ сельскохозяйственной и продовольственной политики, которая проводилась в процессе вступления страны в ЕС (Lock, Gabrijelcic-Blenkus et al. 2003).

Влияние общего политического контекста страны на развитие ОВЗ может частично объяснить, почему ее использование все еще ограничено в некоторых европейских странах, включая молодые демократические государства Южной Европы (Basigalupe, Esnaola et al. 2009), такие как, например, Испания, где до недавнего времени межсекторальные подходы к включению здравоохранения в политику, не связанную со здравоохранением, не были распространены в процессе принятия политических решений. Тем не менее тенденция медленно меняется, так как некоторые региональные правительства в Испании начали признавать ценность таких процессов, хотя смогут ли они прижиться в условиях политики жесткой экономии, проводимой правительством после нынешнего экономического кризиса, еще предстоит увидеть. В стране Басков (одной из автономных областей Испании) первые руководящие принципы ОВЗ были опубликованы на испанском языке и основывались на региональной политике в области здравоохранения (на период 2002–2010 гг.), разработанной на базе модели здравоохранения, которая активно способствовала включению вопро-

сов здравоохранения в политики, не связанные с вопросами охраны здоровья (Basigalupe, Esnaola et al. 2009). В качестве примера можно привести ОВЗ реставрации в городе Бильбао (Basigalupe, Esnaola et al. 2009) по заказу регионального министерства здравоохранения. Крайне важно, что проведение ОВЗ требует знаний о том, какие предложения и проекты находятся в разработке. ОВЗ гораздо легче проводить в странах с высоким уровнем прозрачности информации и доступа к ней.

Неравномерное развитие ОВЗ по всей Европе и ее явное отсутствие в некоторых странах также может свидетельствовать о трудностях демонстрации ее пользы для других секторов. Это могло бы объяснить, почему она часто проводится разово, а не является постоянной частью процесса разработки политики (Blau, Ernst et al. 2007). В Нидерландах был выбран более систематический подход. Проведение ОВЗ первоначально относилось к компетенции Межсекторального управления по вопросам политики, созданного в 1996 г. в Школе общественного здравоохранения в Нидерландах (Put, Broeder et al. 2001). Затем данный вопрос был передан факультету университета, который занимался оценкой всех предложений на предмет влияния на здоровье населения. Однако этот подход оказался неустойчивым по причине большого числа предложений и объема работы, связанного с оценкой воздействия на здоровье. Шотландия реализовала несколько ОВЗ за рамками сектора здравоохранения, в том числе стратегию развития наземного транспорта, разработанную Советом города Эдинбурга, и стратегию обновления жилья в Северном Эдинбурге. Вместе с тем в стране все еще встречаются определенные трудности при проведении ОВЗ (Kemm, Perry et al. 2004). К ним относятся большие объемы работ и растущее число новых инициатив, а также проблемы, с которыми сталкиваются и другие европейские страны, что ведет к активизации усилий некоторых организаций по включению ОВЗ в другие процессы оценки воздействия.

Комплексная оценка воздействия

Комплексная оценка воздействия (КОВ) все чаще используется в качестве инструмента объединения межсекторальных тем и вопросов. Эта тенденция отчасти объясняется описанными выше трудностями, а также все более широким использованием ОВЗ для оценки воздействия инициатив, осуществляемых за рамками сектора здравоохранения, как, например, развитие жилищного сектора, транспорта и районов, в которых планируется реставрация. Благодаря интеграции многочисленных оценок ИОВ может упростить и сократить объем работы для разработчиков политики, программ и проектов, снизить бюрократическую волокиту и уменьшить объективное бремя оценок (Ассоциация обсерваторий общественного здравоохранения 2007).

Под ИОВ понимается любой процесс, который стремится охватить несколько типов оценки воздействия в рамках одного процесса (Ассоциация обсерваторий общественного здравоохранения 2007). Это «подход, который оценивает потенциальное воздействие прорабатываемых предложений (стратегий, политики, программ, проектов, планов или других событий) на аспекты, которые ранее рассматривались отдельно – такие, например, как экономические, экологические аспекты, проблемы устойчивости, равных возможностей, здоровья, благополучия и качества жизни» (NICE 2005).

Чаще всего ИОВ объединяет ОВОС (оценку воздействия на окружающую среду) или ОСВ (оценку социального воздействия) с ОВЗ, что является логическим решением, поскольку результаты ОВОС и ОСВ могут быть использованы

при проведении ОВЗ (Birley 2003). СЭО также обладает многими чертами ИОВ (Ассоциация обсерваторий общественного здравоохранения 2007). Включение ОВЗ в СЭО может открыть более широкие возможности для учета детерминант здоровья при разработке политики (Wright, Parry et al. 2005). ЕЭК ООН рассматривает включение вопросов здравоохранения в СЭО в качестве эффективной стратегии решения проблем воздействия на здоровье без необходимости проведения отдельной ОВЗ (ООН/Региональный экологический центр для Центральной и Восточной Европы 2006).

В рамках ИОВ рассматриваются социальные детерминанты здоровья, такие как жилье или транспорт (NHS Health Development Agency 2003; NICE 2005). Подобно ОВЗ, ИОВ также учитывает вопросы неравенства и улучшения здоровья путем оценки возможного влияния политик на наиболее уязвимые группы населения (NHS Health Development Agency 2003). При объединении различных оценок воздействия происходит вовлечение нескольких секторов, что считается одним из преимуществ ИОВ. Например, городской Совет Ноттингема в Англии следующим образом охарактеризовал ИОВ, использованную при разработке местного транспортного плана Ноттингема на 2011–2026 гг. (Городской Совет Ноттингема 2011), которая была призвана выявить взаимосвязи между воздействием на окружающую среду, вопросы равенства и здоровья. По мнению Совета, данный подход использования единой ИОВ позволит упорядочить процессы проведения различных типов оценок (СЭО, ОВЗ и оценки влияния на равенство), что обеспечит соблюдение нормативных требований к СЭО и оценке влияния на равенство, а также разработку надлежащей практики проведения ОВЗ (Городской Совет Ноттингема 2011). В Квебеке, Канада, основой для систематической практики ОВЗ в области ОВОС послужило участие представителей общественного здравоохранения в общественных слушаниях по вопросам использования пестицидов, что в конечном итоге привело к подписанию Меморандума о взаимопонимании между Министерством здравоохранения и социальных служб и Министерством по вопросам окружающей среды (Lee, Robbel et al. 2013).

Основным результатом ИОВ является набор основанных на фактических данных рекомендаций, которые должны использоваться в процессе принятия решений, связанных с новым предложением или проектом. Как и в случае с ОВЗ, ИОВ является наиболее эффективным методом, если применяется проспективно. Вместе с тем немаловажным является текущая оценка и модификация силы и степени воздействия уже реализуемых политик. В этом случае оценки могут проводиться ретроспективно принимая одну из форм оценки эффективности. Такой мониторинг и оценка предложений позволяет уменьшить неравенство и определить практические пути укрепления здоровья и благополучия для включения в политику. Хотя недостаток ресурсов и возможностей зачастую означает, что на практике эти процессы оценки не всегда будут реализованы в полном объеме, с их помощью определяются области, в которых практика ОВР и ИОВ может и должна быть укреплена и усовершенствована в будущем. К недостаткам ИОВ можно отнести потенциальное пренебрежение аспектом здоровья. Если быть более точным, «Комплексные оценки воздействия охватывают такое большое количество аспектов, что здоровье, рассматриваемое как часть общих «социальных последствий», часто упускается из виду, теряет свой удельный вес, в то время как другие базовые проблемы, которые проще выразить в экономических терминах, выходят на передний план» (Salay and Lincoln 2009). Еще один недостаток связан с теми ОВЗ, которые проводятся после других процессов оценки воздействия, т. к. в таком случае

возникает ограничение возможностей для сбора новых данных, на основании которых будет проводиться оценка (Harris-Roxas et al. 2012).

Всегда есть опасения поверхностного рассмотрения широкого круга вопросов, поощряющих «галочную систему» (Ассоциация обсерваторий общественного здравоохранения 2007). При этом имеет место быть и встречный вопрос, не создает ли сама ИОВ дополнительную работу в силу многообразия охватываемых областей и необходимости привлечения людей, представляющих каждую из этих областей.

Быстрая оценка воздействия на здоровье

Расходы, связанные с ОВЗ, могут значительно различаться (Lee, Robbel et al. 2013) и зависеть от контекста, в котором проводится ОВЗ. Например, вопросы ресурсного обеспечения ОВЗ в рамках ИОВ могут создавать сложные практические проблемы (Birley 2007). В рамках ЕС гранты играют важную роль в создании возможностей для проведения исследований, разработки методов и создания потенциала для ОВЗ (Комитет оценки воздействия на здоровье 2011).

Одним из решений проблемы предполагаемого бремени оценки воздействия и требующихся для этого ресурсов и времени является быстрая ОВЗ. Быстрая ОВЗ состоит из краткосрочного исследования основных воздействий мероприятий на здоровье на основе уже существующих данных и исследований, полученных в ходе предыдущих ОВЗ (NHS Health Development Agency 2002). Основным результатом быстрой ОВЗ является подготовка отчета, в котором определяются потенциальные последствия для здоровья, связанные с реализацией рассматриваемого предложения, а также содержатся рекомендации для лиц, принимающих решения. Как правило, но не всегда, быстрая ОВЗ предполагает проведение обучающего тренинга с участием заинтересованных сторон. Из-за существующих ограничений во времени быстрая ОВЗ редко предполагает широкие общественные обсуждения или вовлечения общества.

Проведение быстрых ОВЗ может быть популярно в работе государственных структур, т. к. короткие сроки их проведения легче вписываются в рамки циклов планирования государственных органов, органов местного самоуправления. Многие организации также используют экспресс-оценки в качестве отправной точки для последующего проведения полной ОВЗ. По большому счету, по итогам выполнения первой стадии ОВЗ – стадии «предварительной оценки (скрининга)», предназначенной для определения того, является ли ОВЗ наилучшим способом обеспечения эффективного решения вопросов здравоохранения и равенства в каждом конкретном предложении (см. рисунок 13.1), – также возможно сделать вывод и об обоснованном выборе наиболее целесообразного варианта проведения ОВЗ (полный или быстрый) или же необходимости применения альтернативной оценки воздействия, как например, ИОВ. Однако на практике лимит времени, ресурсов и ограниченные возможности влияния на процесс принятия решений могут диктовать необходимость быстрого проведения ОВЗ.

Хотя быстрая ОВЗ может быть менее ресурсоемкой, чем полная ОВЗ, существует ряд факторов, которые определяют возможность проведения такой формы ОВЗ в течение короткого периода времени (Furber 2007). К ним относятся вопросы потенциала и ресурсов, такие как необходимость привлечения кого-либо, имеющего опыт в проведении ОВЗ (Furber 2007), а также доступ к существующим обзорам литературы по детерминантам здоровья, на которые можно опираться при проведении быстрой ОВЗ.

Одной из проблем является нехватка людских ресурсов, выделяемых и имеющих для проведения ОВЗ. Так, службы здравоохранения Словакии и Литвы, ответственные за пересмотр, сбор заявок и определение объема исследования ОВЗ, сталкивались с нехваткой квалифицированных кадров (Lee, Robbel et al. 2013). Жесткие временные рамки и доступ к «узкой» доказательной базе также вызвали критику в отношении достоверности фактических данных, используемых в ОВЗ (Mindell, Biddulph et al. 2010). Все это, как следствие, представляет собой еще одну неизбежную проблему для проведения быстрых ОВЗ, которые всегда ограничены во времени. Одним из решений этой проблемы может быть применение практических инструментов или руководств, позволяющих более эффективно использовать имеющиеся в открытом доступе фактические данные. В процессе повышения качества фактических данных, используемых в ОВЗ, повышается доверие к самой ОВЗ (Mindell, Biddulph et al. 2010). Инструменты, стимулирующие участие специалистов из различных секторов в подходах, учитывающих вопросы общественного здравоохранения, являются ключевыми для снижения затрат и обеспечения вовлеченности.

Одним из основных недостатков быстрой ОВЗ является то, что чем меньше времени и ресурсов имеется в распоряжении, тем меньше вероятность проведения обсуждений с рядом заинтересованных сторон и обществом (Milner 2004). По данным других исследований, собственный внутренний механизм сбора информации в рамках быстрой оценки фактически исключает любую возможность вовлечения общественности, подрывая фундаментальный принцип вовлеченности, составляющий основу ОВЗ (Blau and Mahoney 2005). Обзор десяти примеров оценок воздействия на здоровье в Германии показал, что участие конкретных заинтересованных сторон или широкой общественности зачастую было недостаточным или вовсе отсутствовало, и только в случае наличия такого участия результаты оценки были значимыми (Rainer and Mekel 2010).

Еще одним недостатком быстрой ОВЗ является снижение полноты и качества собираемой информации. Более подробная ОВЗ обычно включает в себя сбор новых данных, которые могут обеспечить более глубокое понимание последствий предложения в отношении конкретных аспектов здоровья в конкретных условиях (Furber 2007). Более широкие временные рамки также позволяют обеспечить более детальное взаимодействие между секторами, что может способствовать и лучшему взаимному пониманию ситуации. Наконец, более масштабные консультации также предоставляют возможность для рассмотрения качественных фактических данных и экспертных заключений, что не всегда возможно или обоснованно при проведении быстрой ОВЗ.

Локальный подход

Оценка воздействия на здоровье имеет дело не только с прогнозированием воздействия реализуемой деятельности на здоровье населения, но и предлагает способы изменения этой деятельности для максимального улучшения здоровья и снижения вреда (Kemm 2004). Вместе с тем обеспечение систематического рутинного проведения ОВЗ всегда было сложной задачей, особенно на местном уровне (Stahl 2010). Данная проблема может быть решена с помощью большей вовлеченности, ответственности и активного участия заинтересованных лиц на местном уровне. Более того, в некоторых странах, в таких как Швеция и некоторых других странах Северной Европы, проведение ОВЗ на местном уровне, является более легкой задачей, чем на национальном уровне.

В контексте сообщества или местного самоуправления ОВЗ часто применяется и как инструмент поддержки принятия решений. В свою очередь неправительственные организации или общественные группы могут использовать ОВЗ в качестве инструмента адвокации (лоббирования) в целях оказания влияния на процессы принятия решений. При этом в вопросах влияния на осуществляемые органами местного самоуправления процессы стратегического и оперативного планирования в области здравоохранения роль НПО может выходить также за рамки этих задач. Опыт Австралии, который применим и к Европе, показывает, что НПО не только вносят свой вклад в процессы муниципального (местного) планирования в здравоохранения, но также активно работают с сообществами, чтобы влиять на их местные советы, оказывают местным советам необходимую поддержку, чтобы они [советы] в своей работе учитывали вопросы охраны здоровья, и обеспечивают распространение такого адвокативного опыта на региональный и национальный государственные уровни (Harris, Wise et al. 2010). Так, НПО и организации гражданского общества часто используют свой признанный авторитет и влияние, основанные на прочных связях с сообществами (Harris, Wise et al. 2010). При этом они могут брать на себя руководящую роль в работе с сообществами, советами и другими секторами, чтобы оказывать необходимое влияние на процессы планирования здоровой окружающей среды.

В рамках такого локального подхода к ОВЗ сообщества помогают определять проблемы и вносить свой вклад в принятие решений, которые оказывают на них непосредственное влияние (Harris-Roxas and Harris 2010). В то время как в некоторых странах, например в Скандинавии, существует давняя традиция принятия решений на местном уровне, в других странах преобладают более централизованные системы принятия решений. Тем не менее эта тенденция меняется в сторону большей локализации в некоторых традиционно «централизованных» странах, таких как Франция. Сохранение на местном уровне групп ОВЗ, обладающих достаточными навыками и знаниями, является общей задачей для всех стран.

ОВЗ, где движущей силой выступают сообщества, направлена на укрепление потенциала местных жителей стать активными участниками в принятии решений, которые влияют на здоровье и благополучие данного общества. Однако процессы такого рода ОВЗ зависят от информированности общественности о социальных детерминантах здоровья и наличия достаточных аналитических навыков, необходимых для определения стратегий и приоритетов в области развития для обеспечения здоровья и благополучия своих сообществ (Cameron, Ghosh et al. 2010). При этом следует отметить, что такой локальный подход не столь распространен в Европе, как, например, в Австралии. Одна из причин тому – недостаток необходимого потенциала. Другой причиной является высокопатерналистский характер ОВЗ, требующий максимальной вовлеченности сообщества, в сочетании с ограниченным восприятием обществом своего потенциала в вопросах принятия решений и совершенствования государственной политики (Vacigalupe, Esnaola et al. 2009). Это особенно характерно для стран Южной Европы, имеющих общую историю недавних диктаторских режимов (Vacigalupe, Esnaola et al. 2009), где у граждан сформирован скептический взгляд на свои возможности влиять на правительственные решения. То же можно сказать и о многих посткоммунистических странах Центральной и Восточной Европы и бывшего Советского Союза.

ОВЗ с акцентом на вопросы равенства в отношении здоровья

Как известно, основной целью общественного здравоохранения является устранение неравенства в отношении здоровья. Обзор, проведенный Marmot, а также публикация «Справедливое общество, здоровая жизнь» (The Marmot Review Team 2010), равно как и недавно вышедший Европейский обзор (Marmot, Allen et al. 2012) вызвали новый интерес и внимание к проблеме неравенства в вопросах здоровья. Это способствовало растущему признанию необходимости борьбы с неравенством в отношении здоровья путем работы с социальными детерминантами здоровья на местном, региональном, национальном и Европейском уровнях.

Справедливость является ключевым принципом оценки воздействия на здоровье, и недавно проведенный обзор ОВЗ, учитывающей все требования политики, акцентирует внимание на общепринятом консенсусе, что ОВЗ не может быть полной, если она не включает оценку воздействия на равенство в отношении здоровья (Gunther 2011). В обзоре также предполагается, что в существующих руководствах к проведению ОВЗ необходимо усилить акцент на аспектах равенства (Gunther 2011).

На практике и в научной литературе используются различные названия ОВЗ, ориентированных на вопросы равенства, но для целей настоящей главы все ОВЗ, ориентированные на аспекты справедливости или равенства, совместно именуется как ОВЗ, проводимые с акцентом на равенство в отношении здоровья. Подобные ОВЗ используют методологию ОВЗ для определения дифференцированного воздействия политики или практики на здоровье населения и оценки того, являются ли эти дифференцированные воздействия несправедливыми (Mahoney, Simpson et al. 2004). Этот тип ОВЗ основывается на утверждении о том, что в настоящее время не существует стандартизованных или предопределенных (обязательных) способов выявления дифференцированного воздействия на здоровье или оценки того, являются ли эти дифференцированные воздействия несправедливыми. В целом все ОВЗ, проводимые с акцентом на равенство в отношении здоровья, стремятся обеспечить средства для включения фактических данных о неравенстве и его последствиях в процессы принятия решений на всех уровнях. В дополнение к «традиционному» ОВЗ они также нацелены на обеспечение гибкого, но в то же время структурированного подхода к регулярному и последовательному выявлению возможных последствий политики и практики для различных групп населения.

Вместе с тем есть убеждение, что в рамках высококачественных ОВЗ вопросы справедливости и снижения неравенства в отношении здоровья уже включены в процесс проведения оценки. В то время, когда стремятся к интегрированным процессам и объединенным множественным оценкам, выделение еще одной дополнительной оценки является малоперспективным. Возможно, было бы более целесообразно сделать так, чтобы глубина, качество и охват ОВЗ и ИОВ позволяли бы рассматривать и вопросы неравенства, а справедливость рассматривалась бы как комплексная социальная детерминанта, оказывающая существенное и долгосрочное воздействие на здоровье и благополучие.

Нужно ли регулировать ОВЗ?

Обязательная и добровольная оценка воздействия

В настоящее время обсуждается вопрос о том, следует ли сделать проведение ОВЗ обязательным, как, например, проведение во многих странах оценки воздействия на окружающую среду, для выполнения законодательных или нормативных требований. У такого подхода есть как преимущества, так и недостатки.

Необязательные ОВЗ, такие как ОВЗ, где движущей силой выступают сообщества, обладают большей гибкостью, так как процесс проведения этих видов ОВЗ зачастую менее формализован, чем в случае обязательных ОВЗ или других оценок воздействия (Harris-Roxas и Harris 2010), в ходе осуществления которых, как правило, придают большее значение следованию строго предписанным процессам. Такие формы ОВЗ допускают определенную степень гибкости в отношении используемых методов (например, не все этапы ОВЗ должны быть обязательно завершены), а также в отношении того, что считается приемлемым доказательством воздействия (Harris-Roxas and Harris 2010). Такая более высокая степень гибкости может обеспечить более активное вовлечение сообществ и облегчить адаптацию ОВЗ к различным группам и заинтересованным сторонам. Также это препятствует восприятию ОВЗ как еще одного формального «галочного» инструмента. Кроме того, благодаря более простому преодолению дисциплинарных традиций и границ может возникнуть больше возможностей для оценки основополагающих социальных, экономических и политических факторов, влияющих на осуществление предложения (Harris-Roxas and Harris 2010).

С другой стороны, можно утверждать, что обязательность проведения ОВЗ создает определенные гарантии, что здоровье всегда будет обязательной частью процесса оценки. По сравнению с использованием ОВОС и СЭО в Европе, ОВЗ, как правило, используются недостаточно, и их результаты часто упускаются из виду (Salay and Lincoln 2009). Отчасти это может объясняться тем фактом, что Европейская комиссия установила официальные требования к государствам-членам ЕС в отношении проведения ОВОС и СЭО, в то время как аналогичного четкого и подробного требования в отношении ОВЗ до сих пор не существует (Salay and Lincoln 2009). Кроме того, хотя ЕС имеет договорное обязательство по оценке последствий политик ЕС для здоровья и принятию концепции здоровья во всех направлениях политики (HiAP) (Stahl, Wismar et al. 2006), на практике проведению ОВЗ уделяется мало внимания. Вопрос о том, является ли ОВЗ компетенцией ЕС, можно было бы прояснить с помощью анализа тщательного отобранного прецедента, однако до сих пор никто этого не сделал. С этим связан вопрос о том, насколько точно и целостно здоровье рассматривается в различных типах оценок воздействия. Например, существует много споров о том, как здоровье рассматривается в рамках ОВОС. Согласно мнению Европейского регионального бюро ВОЗ (2011 г.), несмотря на то, что законодательство об ОВОС предполагает рассмотрение вопросов воздействия на здоровье, в действительности оценка здоровья проводится слабо или вообще не проводится.

Еще одной проблемой для рассмотрения является риск появления частных интересов в случае, если проведение ОВЗ станет обязательным. До тех пор, пока проведение оценки является добровольным и не является обязательным условием при принятии важных решений, влиятельные сферы, такие как сфера продуктов питания, табака, алкоголя и других отраслей промышленности, могут игнорировать данный аспект. Например, роль табачной промышленности в проведении оценок воздействия, проводимых Европейской комиссией, вызывает озабоченность (Smith, Fooks et al. 2010).

Другие соображения, которые следует принимать во внимание при решении вопроса обязательности ОВЗ, касаются последствий ОВЗ для практики. Обязательность ОВЗ приведет к появлению более жестких и стандартизованных методов практической деятельности. В таком случае специалисты, проводящие оценку, должны будут проходить аккредитацию, а роли, обязанности и ответственности инициаторов оценки, управленцев и практиков должны быть более четко сформулированы (Harris-Roxas and Harris 2010). Такая стандартизация

имеет как преимущества, так и значительные риски, особенно в случае, если это приведет к чрезмерной бюрократизации процесса и созданию больших задержек. Возникнут проблемы с ресурсами и потенциалом, поскольку в настоящее время не прописаны задачи и обязательства государственных или корпоративных учреждений в подготовке специалистов-практиков по ОВЗ. Создание постоянных структур, таких как специальные подразделения по обеспечению выполнения ОВЗ, как правило, требует значительных инвестиций. Однако такой подход, вероятно, создаст более стабильные и долгосрочные обязательства, чем практика однократных оценок и инициатив «по необходимости» (Правительство Южной Австралии 2010).

Заключение

Оценка воздействия на здоровье все чаще рассматривается как средство определения воздействия политик на детерминанты здоровья, а также как основной инструмент реализации на практике межсекторальных действий. Подходы к ОВЗ и, в последнее время, к HiAP рассматриваются как стратегии интеграции аспектов здравоохранения в другие (не связанные со здравоохранением) направления политики (Stahl and Pertila 2010).

Возрастающее признание более широкого спектра детерминант здоровья и важности создания и наращивания межсекторального потенциала имеет жизненно важное значение для обеспечения подхода, при котором здоровая государственная политика являлась бы целью для каждого сектора. Тенденция к интеграции оценок воздействия, которые имеют схожие методы и цели, может служить своего рода стратегией по решению проблем как здравоохранения, так и устойчивости.

Каждая из оценок воздействия, рассмотренных в этой главе, является законным механизмом влияния на принятие решений. Однако в современных условиях растущего давления на сокращение ресурсов и времени, связанных с проведением оценок воздействия, комплексный подход может иметь практическую ценность, а в случае его надлежащего применения обеспечить адекватный учет воздействия на здоровье на всех стадиях процесса.

Одновременно появляются и опасения применения упрощенного подхода к понятию (и оценке) здоровья при интеграции или объединении оценок воздействия. Однако все подходы работают наилучшим образом, когда задействованы самые разнообразные заинтересованные стороны, и когда есть возможность использовать наилучшие имеющиеся исследования, включая качественные данные, для информирования и влияния на процесс принятия решений. Обеспечение целостного понимания здоровья способствует выявлению схожих приоритетов различных секторов и позволяет для каждого сектора проиллюстрировать преимущества подхода, при котором принимаются во внимание вопросы здоровья.

Основополагающее значение для этого процесса будет иметь учет следующих факторов:

- качество — используемые методы, опыт работников, потенциал, имеющиеся фактические данные;
- сфера охвата — кто инициировал оценку, какие вопросы поднимаются, признаются ли непреднамеренные последствия;
- глубина — понятие здоровья и спектр детерминант здоровья;
- справедливость — при рассмотрении предложений этот вопрос должен быть основным, равно как и задачи по снижению несправедливости в отношении здоровья;

- вовлеченность и участие заинтересованных сторон и общественности — возможность для вовлечения целого ряда секторов, а также участие общественности и экспертов.

Включение ОВЗ в другие оценки воздействия необязательно означает снижение внимания к вопросам охраны здоровья. До тех пор, пока соответствующие критерии, связанные с вышеуказанными факторами, соблюдаются, интеграция здоровья в другие оценки воздействия может фактически отражать признание и принятие более широких детерминант здоровья. Она также может способствовать созданию новых способов совместной работы с участием широкого круга людей во многих направлениях политики. Большинство из оценок воздействия, рассмотренных в настоящей главе, имеют схожий набор методов, используемых для сбора, синтеза и передачи информации. Например, детерминанты здоровья используются в качестве основы для оценки предложений как по ОВЗ, так и по ИОВ. Более того, в настоящее время все чаще звучит призыв к более широкому и последовательному применению социальных детерминант здоровья и в СЭО.

Включение вопросов здоровья в процессы принятия решений в организациях имеет решающее значение для устойчивости и эффективности ОВЗ и других подходов, обеспечивающих интеграцию вопросов охраны здоровья в процессы оценки. Однако понимание ОВЗ не стоит ограничивать только подготовкой доклада с рекомендациями в отношении осуществляемой политики. Включение вопросов здоровья в процессы проведения оценки воздействия и процессы принятия решений — на всех уровнях и на всех этапах — следует рассматривать в качестве одного из важнейших способов налаживания межсекторальных связей и средства принятия коллективных мер по ключевым вопросам, вызывающим опасения.

Библиография

- Association of Public Health Observatories (2007). *Integrated Impact Assessment (IIA)*.
- Bacigalupe, A., S. Esnaola, C. Calderon, J. Zuazagoitia and E. Aldasoro (2009). "Health impact assessment of an urban regeneration project: opportunities and challenges in the context of a Southern European city." *Journal of Epidemiology and Community Health* 64: 950-955.
- Birley, M. (2007). "A fault analysis for health impact assessment: procurement, competence, expectations, and jurisdictions." *Impact Assessment and Project Appraisal* 25(4): (281-289) 25-60 (64)
- Birley, M. H. (2003). "Health impact assessment, integration and critical appraisal." *Impact Assessment and Project Appraisal* 21(4): 313-321.
- Blau, G. and M. Mahoney (2005). *The Positioning of Health Impact Assessment in Local Government in Victoria*. Melbourne, VIC, Deakin University.
- Blau, J., K. Ernst, M. Wismar, F. Baro, M. Gabrijelcic Blenkus, K. von Bremen and R. Fehr (2007). "The use of HIA across Europe." In *The Effectiveness of Health Impact Assessment: Scope and limitations of supporting decision-making in Europe*. M. Wismar, J. Blau, K. Ernst and J. Figueras, Eds. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory for Health Systems and Policies.
- Caldwell, L. (1988). "Environmental impact analysis (EIA): origins, evolution and future directions." *Policy Studies Review* 8: 75-83.
- Cameron, C., S. Ghosh and S. Eaton (2010). "Facilitating communities in designing and using their own community health impact assessment tool." *Environmental Impact Assessment Review* 31(4): 433-437.
- Commission on Social Determinants of Health (CSDH) (2008). *Closing the Gap in a Generation: Health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*. [Ликвидировать разрыв в течение жизни одного поколения: Соблюдение принципа справедливости в здравоохранении путем

- воздействия на социальные детерминанты здоровья. Краткий обзор заключительного доклада.] Geneva, WHO. [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69832/WHO_IER_CSDH_08.1_rus.pdf?sequence=6 по состоянию на 28 июля 2018 г.],
- Committee on Health Impact Assessment (2011). Appendix A: Experiences with health impact assessment. Improving health in the United States: the role of health impact assessment. Committee on Health Impact Assessment of the National Academy of Sciences. Washington, D.C., National Academies Press: 130–177.
- Frankish, C., L. Green, P. Ratner, T. Chomik and C. Larsen (2001). "Health impact assessment as a tool for health promotion and population health." WHO Regional Publications, European Series 92: 405-437.
- Furber, S. E. (2007). "Rapid versus intermediate health impact assessment of foreshore development plans." NSW Public Health Bulletin 18(9/10): 174-176.
- Government of South Australia (2010). "Health in All Policies: Adelaide 2010 International Meeting." Public Health Bulletin SA 7(2).
- Gunther, S. (2011). A Rapid Review of Enhancing the Equity Focus on Policy Orientated Health Impact Assessment. Birmingham, Equity Action: EU Joint Action on Health Inequalities.
- Harris-Roxas, B. and E. Harris (2010). "Differing forms, differing purposes: a typology of health impact assessment." Environmental Impact Assessment Review 31: 396-403.
- Harris, P., M. Wise, S. Dunn and E. Harris (2010). Influencing Healthy Planning and Policy Development in Local Government: Summary report. Sydney, NSW, UNSW Research Centre for Primary Health Care and Equity, University of New South Wales.
- Kemm, J. (2004). "What is HIA? Introduction and overview." In Health Impact Assessment: Concepts, theory, techniques and applications. J. Kemm, J. Parry and S. Palmer, Eds. Oxford, Oxford University Press: 1-13.
- Kemm, J., J. Perry and S. Palmer, Eds. (2004). Health Impact Assessment: Concepts, theory, techniques and applications. Oxford, Oxford University Press.
- Koivusalo, M. (2010). "The state of Health in All policies (HiAP) in the European Union: potential and pitfalls." Journal of Epidemiology and Community Health 64: 500-503.
- Lee, J., N. Robbel and C. Dora (2013). Cross-country Analysis of the Institutionalization of Health Impact Assessment. Social Determinants of Health Discussion Paper Series 8 (Policy & Practice). Geneva, WHO.
- Lock, K., M. Gabrijelcic-Blenkus, M. Martuzzi, P. Otorepec, P. Wallace, C. Dora, A. Robertson and M. Zakotnic Jozica (2003). "Health impact assessment of agriculture and food policies: lessons learnt from the Republic of Slovenia." Bulletin of the World Health Organization 81(6): 391-398.
- Lock, K. and M. McKee (2005). "Health impact assessment: assessing opportunities and barriers to intersectoral health improvement in an expanded European Union." Journal of Epidemiology and Community Health 59: 356-360.
- Mahoney, M., S. Simpson, E. Harris, R. Aldrich and J. Stewart Williams (2004). Equity Focused Health Impact Assessment Framework. Newcastle, NSW, The Australian Collaboration for Health Equity Impact Assessment (ACHEIA).
- Marmot, M., J. Allen, R. Bell, E. Bloomer, P. Goldblatt and Consortium for the European Review of Social Determinants of Health and the Health Divide (2012). "WHO European review of social determinants of health and the health divide." The Lancet 380(9846): 1011-1029.
- Milner, S. J. (2004). "Using HIA in local government." In Health Impact Assessment: Concepts, theory, techniques and applications. J. Kemm, J. Parry and S. Palmer, Eds. Oxford, Oxford University Press.
- Mindell, J., J. Biddulph, L. Taylor, K. Lock, A. Boaz, M. Joffe and S. Curtis (2010). "Improving the use of evidence in health impact assessment." Bulletin of the World Health Organization 88: 543-550.
- Mindell, J., L. Reynolds, D. Cohen and M. McKee (2012). "All in this together: the corporate capture of public health." British Medical Journal 345: e8082.
- National Institute for Clinical Excellence (NICE) (2005). Clarifying Approaches to: Health Needs Assessment, Health Impact Assessment, Integrated Impact Assessment, Health Equity Audit, and Race Equality Impact Assessment. London, NHS Health Development Agency.
- NHS Health Development Agency (2002). Introducing Health Impact Assessment (HIA): Informing the decision-making process. London, NHS Health Development Agency.

- NHS Health Development Agency (2003). Clarifying Health Impact Assessment, Integrated Impact Assessment and Health Needs Assessment. London, NHS Health Development Agency.
- Nottingham City Council (NCC) (2011). Integrated Impact Assessment. Nottingham, NCC.
- Public Health Advisory Committee (PHAC) (2007) An Idea whose Time has Come: New opportunities for health impact assessment in New Zealand public policy and planning. Wellington, NZ, PHAC.
- Put, G. V., L. d. Broeder, M. Penris and E. W. R. Abbin (2001). Experience with HIA at National Policy Level in the Netherlands: A case study. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- Rainer, F. and O. Meikel (2010). Health Impact Assessment (HIA) in Germany. NRW Institute of Health and Work (LIGA.NRW). Dusseldorf/Bielefeld, WHO Collaborating Centre for Regional Health Policy and Public Health.
- Salay, R. and P. Lincoln (2009). "Increasing the use of health impact assessments: is the environment a model?" *Eurohealth* 15(2): 20-22.
- Smith, K., G. Fooks, J. Collin, H. Weishaar, S. Mandal and A. Gilmore (2010). "Working the system" - British American tobacco's influence on the European union treaty and its implications for policy: an analysis of internal tobacco industry documents." *PLoS Medicine* 7(1): e1000202.
- Sparrow, A. (2012). "Cameron hits out at 'bureaucratic rubbish' holding back UK economy." *The Guardian* [<https://www.theguardian.com/politics/2012/nov/19/cameron-bureacratc-rubbish-uk-economy>, по состоянию на 15 ноября 2018 г.].
- St.-Pierre, L., G. Hamel, G. Lapointe, D. McQueen and M. Wismar (2009). Governance Tools and Framework for Health in All Policies. Montreal, National Collaborating Centre for Healthy Public Policy.
- Stahl, T. (2010). "Is the increasing policy use of impact assessment in Europe likely to undermine efforts to achieve healthy public policy?" *Journal of Epidemiology and Community Health* 64(6): 476.
- Stahl, T. and K. Perttala (2010). "Health in All Policies at the local level in Finland." *Public Health Bulletin SA 7(2): 24-27.*
- Stahl, T., M. Wismar, E. Ollila, E. Lahtinen and K. Leppo, Eds. (2006). Health in All Policies: Prospects and potentials. Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health.
- The Marmot Review Team (2010). Fair Society, Healthy Lives: Strategic review of health inequalities in England post 2010. London, Marmot Review.
- United Nations (UN)/Regional Environmental Center for Central and Eastern Europe (2006). Resource Manual to Support Application of the Protocol on SEA [http://www.unece.org/env/eia/sea_manual/welcome.html, по состоянию на 15 ноября 2018 г.]. Geneva, UN/Regional Environmental Center for Central and Eastern Europe.
- M. Wismar, J. Blau, K. Ernst and J. Figueras, Eds. (2007). The Effectiveness of Health Impact Assessment: Scope and limitations of supporting decision making in Europe. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory for Health Systems and Policies.
- World Health Organization (WHO) European Centre for Health Policy (2001). "Health impact assessment: main concepts and suggested approach." Gothenburg consensus paper, December 1999. In *Health Impact Assessment: From theory to practice*. V. Diwan, M. Douglas, I. Karlberg, J. Lehto, G. Magnusson and A. Ritsatakis, Eds. Goteborg, Nordic School of Public Health: 89-103.
- World Health Organization (WHO) Regional Office for Europe (2011). Health Impact Assessment - Policy: Including health in environmental assessments.. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. [<http://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/health-impact-assessment/policy> , по состоянию на 15 ноября 2018 г.]
- Wright, J., J. Parry and E. Scully (2005). "Institutionalizing policy-level health impact assessment in Europe: is coupling health impact assessment with strategic environmental assessment the next step forward? *Bulletin of the World Health Organization* 83: (472-477) 25-60 (64)

глава 14

Организация и финансирование общественного здравоохранения

Bernd Rechel, Helmut Brand, Martin McKee

Введение

Обеспечение устойчивых организационных структур и финансирования было определено в качестве одной из десяти основных функций общественного здравоохранения (ОФОЗ) в Европейском плане действий по укреплению потенциала и услуг общественного здравоохранения (см. главу 1 «Аспекты общественного здравоохранения в Европе: введение»). В настоящей главе рассматриваются подходы к организации и финансированию общественного здравоохранения в Европе. Прежде всего, стоит отметить существующие различия общественного здравоохранения в странах Европы (Kaiser and Maskenbach 2008; Tragakes, Brigis et al. 2008), что находит свое отражение в различии подходов в организации и финансировании деятельности общественного здравоохранения в них. Также различается и баланс, соотношение между централизованными и децентрализованными функциями общественного здравоохранения в соответствии с их конституционными и правительственными механизмами (Saltman, Bankauskaite et al. 2007). Существуют также различия в том, как страны решают вопросы вертикальной и горизонтальной интеграций деятельности общественного здравоохранения в рамках различных программ, секторов и уровней медицинского обслуживания. С другой стороны, эксперты описывают финансирование общественного здравоохранения как своеобразный «черный ящик» (Duran and Kutzin 2010). Вместе с тем можно выделить несколько ключевых аспектов финансирования, в том числе общие расходы на общественное здравоохранение в общей структуре расходов и существующие механизмы повышения средств на выполнение функций общественного здравоохранения. Как и в случае финансирования здравоохранения в целом, в Европе существуют различные модели финансирования общественного здравоохранения. Как правило, используются смешанные подходы к финансированию (несколько источников финансирования), при этом растет интерес министерств здравоохранения к введению целевых налогов для поддержания здоровых программ, в то время как министерства финансов упорно не проявляют энтузиазма в этом вопросе (Rechel, Brand et al. 2013).

Настоящая глава построена на результатах исследования (Rechel и McKee 2012), проведенного в рамках подготовки Европейского плана действий ВОЗ по укреплению потенциала и услуг общественного здравоохранения на 2012 г., и ставит своей целью обзор подходов в организации и финансировании общественного здравоохранения в Европе. Глава начинается с изучения исто-

рического контекста и текущих инициатив по реформированию организации общественного здравоохранения в Европе. Затем рассматривается вопрос о том, насколько ответственность в вопросах общественного здравоохранения передается на субнациональные уровни, что, по нашему мнению, является одним из основных различий стран Европы в отношении организации и осуществления функций общественного здравоохранения. Также рассмотрены вертикальная и горизонтальная интеграции деятельности общественного здравоохранения, а также административная структура и организация служб общественного здравоохранения в Европе. Далее следует обзор механизмов финансирования общественного здравоохранения в Европе и освещены такие вопросы, как доля расходов на общественное здравоохранение в структуре общих расходов на здравоохранение. В завершение следует вывод о том, что необходимо срочно провести более систематический анализ организации и финансирования общественного здравоохранения в Европе.

Организация

Общественное здравоохранение является очень широкой сферой деятельности общества, в которую вовлечены множество участников (см. главу 1 «Аспекты общественного здравоохранения в Европе: введение»). Например, усилия по контролю табачных изделий включают действия, которые выходят далеко за рамки традиционного сектора здравоохранения и реализуются с участием сельского хозяйства, торговли, образования, налоговой политики и правоохранительной деятельности на местном, национальном и мировом уровнях (Allin, Mossialos et al. 2004). С учетом многообразия операций и функций в области общественного здравоохранения они, как правило, выполняются не одной организацией. Деятельность общественного здравоохранения в Европе характеризуется вовлеченностью множества участников из государственного и частного секторов, в том числе специализированных агентств в области общественного здравоохранения, учреждений здравоохранения, других государственных учреждений, занимающихся вопросами общественного здравоохранения, государственных организаций вне системы здравоохранения, поставщиков медицинских услуг и неправительственных организаций (НПО).

Исторический контекст и современные инициативы в области реформирования здравоохранения

Хотя между странами определено существуют различия, в целом сфера общественного здравоохранения в Европе в последние десятилетия постепенно эволюционировала с акцента на санитарном надзоре и борьбе с инфекционными заболеваниями на комплексную концепцию «нового» общественного здравоохранения, связанную с укреплением здоровья, профилактикой заболеваний и межсекторальными действиями, при этом все больше внимания уделяется мероприятиям вне системы здравоохранения. Эти изменения идут параллельно крупным международным инициативам, направленным на расширение идеологии «нового» общественного здравоохранения за рамки медицинской модели общественного здравоохранения. К числу этих инициатив относятся: Резолюция Всемирной ассамблеи здравоохранения 1977 г. «Здоровье для всех», Алма-Атинская декларация (ВОЗ 1978 г.), стратегия ВОЗ «Здоровье для всех» 1981 г. и Оттавская хартия по укреплению здоровья (ВОЗ 1986). Таллиннская Хартия «Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния» признала в 2008 г., что «системы здравоохране-

ния – это больше, чем оказание медицинской помощи; они также включают предупреждение болезней, укрепление здоровья, а также всемерное содействие тому, чтобы вопросы охраны здоровья находили свое отражение в политике других секторов» (ВОЗ 2008).

Однако для концепции «общественного здравоохранения» по-прежнему характерно значительное многообразие терминологий и интерпретаций. По всей Европе не существует даже единого мнения относительно того, что такое «общественное здравоохранение» (Kaiser and Mackenbach 2008) и чем оно должно заниматься (Weil and McKee 1998). Как следствие, в европейских странах используются различные видения задач и ограничений служб общественного здравоохранения; в результате чего общественное здравоохранение представлено в национальных повестках в различной степени и различных масштабах (Aluttis, Chiotan et al. 2013).

В настоящее время ряд стран реформируют свои системы предоставления услуг в области общественного здравоохранения. Хотя реформы служб общественного здравоохранения в Центральной и Восточной Европе, особенно в некоторых бывших советских республиках, отстают от реформ в других странах региона (Maier, Palm et al. 2009), стоит отметить, что в этой части Европы произошли самые значительные изменения в организации общественного здравоохранения за последние два десятилетия. В коммунистический период службы общественного здравоохранения в Центральной и Восточной Европе были организованы на основе санитарно-эпидемиологических служб (санэпидслужбы), созданных в Советском Союзе. Эти службы являлись высоко централизованными и строго иерархическими и были представлены на всех административных уровнях. На них были возложены задачи по охране здоровья – главным образом по контролю и надзору за инфекционными заболеваниями, мониторингу состояния окружающей среды и соблюдению санитарно-гигиенических норм (Rechel and McKee 2006; WHO 2009b; Maier and Martin-Moreno 2011). Санэпидслужбы добились значительного прогресса в борьбе с инфекционными заболеваниями, разработав всеобъемлющие программы вакцинации детей и способствуя сокращению числа инфекционных заболеваний. Вместе с тем они были гораздо менее эффективны в таких областях, как борьба с неинфекционными заболеваниями, гигиена труда и окружающей среды, а пропаганда здорового образа жизни и межсекторальные действия практически игнорировались (ВОЗ 2009b; Maier and Martin-Moreno 2011). Профилактика инфекционных заболеваний с помощью вакцинации была одним из основных преимуществ санэпидслужб, и после некоторых сбоев в начале 1990-х гг. такой подход в значительной степени сохраняется, при этом отмечаются очень высокие показатели вакцинации в этих странах (Maier, Palm et al. 2009; Maier and Martin-Moreno 2011). При этом сохраняются существенные проблемы в борьбе с более сложными инфекционными заболеваниями, такими как ВИЧ/СПИД и туберкулез, с сохраняющейся недостаточной вертикальной интеграцией, в то время как в странах Западной Европы отмечается большая степень интеграции услуг общественного здравоохранения в систему предоставления медицинской помощи.

Многие страны Центральной и Восточной Европы приступили к реформам после падения коммунистической системы, что сопровождалось определенной степенью децентрализации и передачей ответственности от центра к периферии (Gotsadze, Chikovani et al. 2010). Реформы, как правило, были менее масштабными в странах бывшего Советского Союза. Некоторые из этих стран (включая Азербайджан, Беларусь, Российскую Федерацию и Украину) в

значительной степени сохранили структуру санэпидслужб, унаследованную от советского периода (Попович, Потапчик с соавт. 2011), другие (включая Казахстан, Кыргызстан, Республику Молдову и Узбекистан) сформировали дополнительные структуры, в то время как третьи (в частности Грузия) создали новые инфраструктуры в области общественного здравоохранения. В Грузии «быстрые» реформы, приватизация некоторых функций общественного здравоохранения, нечеткое распределение обязанностей и полномочий после децентрализации служб общественного здравоохранения привели к проблемам в борьбе с инфекционными заболеваниями (Armenian, Crape et al. 2009; Maier and Martin-Moreno 2011). Понимание концепции «нового» общественного здравоохранения, направленного на борьбу с основными угрозами здоровью населения, все ещё недостаточно развито как в Центральной и Восточной Европе, так и в странах бывшего Советского Союза. Службы общественного здравоохранения во многих странах региона по-прежнему в большей степени занимаются вопросами гигиены, санитарии и борьбы с инфекционными заболеваниями и меньше внимания уделяют вопросам укрепления здоровья и межсекторальным действиям в интересах здоровья (Rechel and McKee 2006; Armenian, Crape et al. 2009; ВОЗ 2009b). В действительности многие посткоммунистические страны «боролись» с самой концепцией «общественного здравоохранения», поскольку этот термин было трудно перевести на национальные языки (Tragakes, Brigis et al. 2008).

Немного другая ситуация отмечается в странах бывшей Югославии, где традиции общественного здравоохранения формировались Школой общественного здравоохранения им. Андрии Штампара (Rechel and McKee 2006). В этих странах государственные учреждения здравоохранения исторически хорошо развиты в форме институтов здравоохранения, также существует комплексная и качественная сеть лабораторий в области общественного здравоохранения. Однако в них произошли негативные тенденции снижения потенциала структур общественного здравоохранения, снижения финансирования и, как следствие, – снижение возможностей для адаптации к новым угрозам для общественного здравоохранения (ВОЗ 2009b).

Следует также отметить, что в ряде западноевропейских стран службы общественного здравоохранения также долгое время ограничивались санитарным надзором и борьбой с инфекционными заболеваниями, и лишь в последнее время начали предприниматься усилия по наращиванию действий в вопросах укрепления здоровья и профилактики заболеваний (Hofmarcher and Rask 2006). Отчасти это объясняется историческим контекстом общественного здравоохранения в некоторых из этих стран. Дисциплина общественного здравоохранения возникла в XVIII веке на основе санитарного движения, которая позже была дополнена и вопросами гигиены. Однако акцент на «генетическую» или «расовую гигиену» в 1930-х гг. в нацистской Германии и в Австрии (после ее присоединения к Германии) в 1938 г. привел к тому, что понятие гигиены было дискредитировано в этих странах в послевоенный период (McKee and Pomerleau 2005). В некоторых других западноевропейских странах, таких, например, как Греция, по-прежнему очень слабые системы общественного здравоохранения (Esonotou 2010).

В Западной Европе страны, в которых финансирование системы здравоохранения основано на социальном страховании, традиционно имеют слабые службы общественного здравоохранения, не связанные с действительностью системы здравоохранения и имеющие трудности с привлечением высококвалифицированных сотрудников. Ряд стран, таких как Австрия и Швейца-

рия, создали новые фонды поддержки мероприятий по укреплению здоровья (Saltman, Allin et al. 2012). В Австрии существует Национальный центр по укреплению здоровья – Фонд «Здоровая Австрия». Однако выполнение мероприятий по укреплению здоровья в этих странах, как правило, делегировано внешним организациям, таким как неправительственные организации (НПО) или фонды (Ladurner, Gerger et al. 2011). В Швейцарии существует целый ряд небольших программ по укреплению здоровья, многие из которых реализуются НПО и фондами (ОЭСР/ВОЗ 2011). Некоторые из наиболее успешных мер по укреплению здоровья были реализованы в странах Северной Европы (Glenngard, Hjalte et al. 2005). В Финляндии укрепление здоровья и профилактика заболеваний являются центральными элементами политики в области здравоохранения на протяжении десятилетий. Этому способствовали результаты популярного Северо-Карельского проекта и избрание Финляндии как пилотной страны в рамках реализации стратегии Европейского регионального бюро ВОЗ «Здоровье для всех» в 1984 г. (Vuorenkoski, Mladovsky et al. 2008). В то же время, несмотря на прочные научные традиции в области общественного здравоохранения, Дания проявила слабость в практической реализации политики в области здравоохранения, особенно в тех случаях, когда необходимо было противостоять корыстным интересам частного сектора: пищевой, алкогольной и табачной промышленности. При этом, несмотря на незначительный прогресс в борьбе со злоупотреблением алкоголем и курением, в 2011 г. правительство ввело первый в мире налог на продукты с высоким содержанием насыщенных жиров, который позднее в 2012 г. все же был отменен (Strandberg-Larsen, Nielsen et al. 2007; Olejaz, Juul Nielsen et al. 2012).

Общая законодательная основа

В большинстве стран Европы существует общая законодательная основа, определяющая функции и задачи большинства служб общественного здравоохранения. При исследовании потенциала общественного здравоохранения в ЕС у 26 из 27 стран было отмечено наличие законодательства, полностью или частично определяющего ответственность и полномочия по созданию структур для защиты и укрепления здоровья населения (Aluttis, Chiotan et al. 2013). Однако авторы исследования не смогли выявить четко определенную современную структуру общественного здравоохранения в Австрии, а также определить процесс постановки национальных приоритетов или национальных целей в области здравоохранения (Ladurner, Gerger et al. 2011). В то же время наличие утвержденных формальных обязанностей не означает хорошее функционирование системы, поскольку обязанности могут выполняться не полностью. Более того, если в большинстве стран обязанности в отношении традиционных вопросов общественного здравоохранения, таких как борьба с инфекционными заболеваниями, гигиена и иммунизация, четко определены, то обязательства в отношении многих «новых» аспектов общественного здравоохранения, таких как поведенческие и социальные детерминанты здоровья и неравенство в отношении здоровья, остаются слабо проработанными (Aluttis, Chiotan et al. 2013).

Уровень децентрализации

Европейские страны, как правило, располагают базовой инфраструктурой для оказания услуг в области общественного здравоохранения на национальном, региональном и местном уровнях, поддерживая соответствующую деятельность в области общественного здравоохранения и официально

предоставляя населению практически полный доступ к услугам. Однако существует большое разнообразие способов организации и осуществления функций общественного здравоохранения. Основное различие заключается в том, насколько передана ответственность на субнациональные уровни, что в значительной степени обусловлено размерами каждой страны и численностью её населения, а также конституционными, политическими и административными особенностями страны.

Хотя все страны обладают определенными ресурсами в области национального общественного здравоохранения, такими как референтные лаборатории и статистические управления, в рамках федеральных или сильно децентрализованных систем большинство служб общественного здравоохранения часто находятся в ведении региональных или даже местных административных уровней. Такая ситуация сложилась в Бельгии, Дании, Италии (вставка 14.1), Испании, Соединенном Королевстве, Финляндии, Швеции и Швейцарии (Allin, Mossialos et al. 2004; Glenngard, Hjalte et al. 2005; Vuorenkoski, Mladovsky et al. 2008; Lo Scalzo, Donatini et al. 2009; Garcla-Armesto, Abadia-Taira et al. 2010; Gerkens and Merkur 2010; Boyle 2011; OECD/WHO 2011; Anell, Glenngard et al. 2012; Olejaz, Juul Nielsen et al. 2012). В Австрии и Германии земли имеют почти полную автономию в большинстве аспектов общественного здравоохранения, но они делегируют некоторые задачи местным органам власти и региональным фондам медицинского страхования (Allin, Mossialos et al. 2004; Busse and Riesberg 2004; Hofmarcher and Rack 2006).

В то же время в остальных европейских странах национальные органы несут основную ответственность за планирование и организацию служб общественного здравоохранения, хотя административное управление и реализация мер часто делегированы более низким уровням управления. Система здравоохранения в Ирландии раньше характеризовалась определенной децентрализацией, но подверглась централизации вместе со службами общественного здравоохранения (McDaid, Wiley et al. 2009).

Даже в федеральных или децентрализованных системах министерство здравоохранения или другой головной орган общественного здравоохранения обычно обеспечивает общую стратегическую основу и отвечает за разработку законодательства и нормативных актов по различным аспектам общественного здравоохранения, а также отвечает за мониторинг здоровья населения и координацию деятельности между национальным и местным уровнями (Allin, Mossialos et al. 2004; Armenian, Crape et al. 2009; Lo Scalzo, Donatini et al. 2009). Существуют также национальные учреждения, отвечающие за научные исследования, экспертизу общественного здравоохранения, эпиднадзор и укрепление здоровья. Во всех европейских странах эпиднад-

Вставка 14.1 Региональные различия структур общественного здравоохранения в Италии

Поскольку итальянские регионы осуществляют свою автономию совершенно по-разному, северные регионы по сравнению с южными добились большего успеха в создании эффективных структур общественного здравоохранения, реализации программ и мониторинге здоровья. Региональные различия обусловлены различиями в контекстных, политических, экономических и культурных факторах, а также различиями в системах здравоохранения.

Источник: Aluttis, Chiotan et al. (2013)

зор за инфекционными заболеваниями и борьба с ними возложены на национальный уровень, что связано с выполнением обязательств в соответствии с международными медико-санитарными правилами. Международное сотрудничество имеет решающее значение в борьбе с инфекционными заболеваниями (Rowe and Rechel 2006), а ВОЗ и Европейский центр профилактики и контроля заболеваний, созданный ЕС в 2004 г., поддерживают деятельность по эпидемиологическому надзору на европейском уровне и управляют системой раннего предупреждения и реагирования (см. главу 4 «Основы безопасности здоровья в Европе»). Вместе с тем немногие страны Европы имеют единый национальный орган для разработки и совершенствования практики и политики проведения скрининга, также редко встречаются реестры населения для проведения системных скринингов (первичного и повторного скринингов) и непрерывного наблюдения (Holland, Stewart et al. 2006).

Координация и руководство в области общественного здравоохранения на национальном уровне могут создать серьезную проблему для децентрализованных систем здравоохранения, как это было отмечено, например, в Швейцарии, где кантоны обладают высокой степенью автономии (OECD/WHO 2011). Децентрализация в свою очередь может иметь негативные последствия для обеспечения координации информационных систем здравоохранения, примером чего являются задержки публикации национальных данных о смертности в Бельгии (см. главу 3 «Мониторинг состояния здоровья населения»).

Вертикальная и горизонтальная интеграции

Большинство участники процесса предоставления услуг общественного здравоохранения считают горизонтальную и вертикальную интеграции основополагающими (Mays, Scutchfield et al. 2010). Горизонтальная интеграция служб представляет собой особую проблему в странах, где существуют отдельные разобщенные вертикальные структуры общественного здравоохранения, например направленные на борьбу с ВИЧ/СПИДом, туберкулезом и злоупотреблением наркотиками во многих странах Центральной и Восточной Европы (Koppel, Kahur et al. 2008; Koppel, Leventhal et al. 2009; Duran and Kutzin 2010; Gotsadze, Chikovani et al. 2010). Слабая интеграция деятельности общественного здравоохранения была отмечена в качестве особенной проблемы в Армении, где несколько государственных министерств и большое количество государственных учреждений играют существенную роль в общественном здравоохранении, в то время как в ведении Министерства здравоохранения находятся лишь некоторые аспекты общественного здравоохранения. Кроме того, некоторые мероприятия в области здравоохранения проводятся международными организациями и национальными НПО. В Армении отсутствует главный государственный орган, ответственный за интеграцию всех структур общественного здравоохранения, их координацию и надзор за их деятельностью (Armenian, Srape et al. 2009). Иногда интеграцию служб общественного здравоохранения проще обеспечить на региональном уровне (Koppel, Leventhal et al. 2009). Например, в Испании после политической децентрализации была обеспечена интеграция различных инспекций и администраций на региональном уровне (Garcia-Armesto, Abadia-Taira et al. 2010).

Вертикальная интеграция служб общественного здравоохранения на различных административных уровнях также представляет проблему организационного характера, поскольку услуги общественного здравоохранения частично интегрированы в систему здравоохранения, а частично предоставляются (в виде отдельных мероприятий) другими учреждениями. Во многих

европейских странах врачи или специалисты первичной медико-санитарной помощи все чаще привлекаются к оказанию профилактических услуг, таких как иммунизация, медицинское обследование или скрининг, а также отвечают за уведомление об инфекционных заболеваниях (Saltman, Allin et al. 2012). Существуют, однако, значительные различия в эффективности выполнения врачами задачи по укреплению здоровья и просвещению по вопросам здорового образа жизни (Aluttis, Chiotan et al. 2013); последнее отсутствует, в частности, в Юго-Восточной Европе (Rechel and McKee 2006; ВОЗ 2009b). Вместе с тем большинство профилактических услуг, таких как иммунизация и скрининг, предоставляются в рамках первичной медико-санитарной помощи. В Словении и Хорватии, например, иммунизацией детей и подростков занимаются врачи-педиатры первичной медико-санитарной помощи (государственные и частные), семейные врачи или врачи общей практики (частные и государственные), а также врачи школьных учреждений (ВОЗ 2007b). В Германии оказание профилактических услуг врачами в поликлиниках рассматривалось как причина низкой эффективности служб общественного здравоохранения (Busse and Riesberg 2004). Реформы в области первичной медико-санитарной помощи в некоторых странах Центральной и Восточной Европы также уменьшили роль первичной медико-санитарной помощи в общественном здравоохранении. В некоторых странах региона отмечается снижение числа посещений на дому и профилактических осмотров, поскольку не предусмотрены соответствующие стимулы для новых независимых поставщиков первичной медико-санитарной помощи (Rechel, Vozikov et al. 2012). В Хорватии после частичной замены медицинских центров кабинетами врачей общей практики некоторые из функций общественного здравоохранения были переданы институтам общественного здравоохранения, таким как эпидемиологические службы и службы школьного здравоохранения (ВОЗ 2007b). К странам, которые добились лучшей интеграции услуг общественного здравоохранения в первичную медико-санитарную помощь, относятся Дания, Испания, Португалия, Финляндия, Швеция и Эстония. (Glennard, Hjalte et al. 2005; Barros and de Almeida Simoes 2007; Strandberg-Larsen, Nielsen et al. 2007; Vuorenkoski, Mladovsky et al. 2008; Koppel, Leventhal et al. 2009; Garcia-Armesto, Abadia-Taira et al. 2010; Anell, Glennard et al. 2012; Olejaz, Juul Nielsen et al. 2012). Службы, оказывающие вторичную медицинскую помощь, все чаще заявляют о своей роли в общественном здравоохранении, свидетельством чему является инициатива по укреплению здоровья в больницах (Whitehead 2004).

Независимо от этих примеров, вертикальная и горизонтальная интеграции деятельности в области общественного здравоохранения по-прежнему остаются серьезной проблемой во многих европейских странах. Они требуют тщательного планирования, а также согласования стратегических целей и приоритетов в рамках имеющихся ресурсов (см. главу 16 «Развитие лидерства в общественном здравоохранении»).

Административная структура

Административная структура является ещё одним аспектом, который объясняет существующие различия в службах общественного здравоохранения по всей Европе. В ряде стран, таких как Германия и Нидерланды, многие основные службы общественного здравоохранения подчинены местным органам управления, а в Северной Ирландии, Шотландии и Уэльсе они подотчетны министерствам здравоохранения. В Англии предоставление услуг общественного здравоохранения претерпело значительные изменения в апреле 2013 г., когда

ответственность за общественное здравоохранение на местном уровне была передана от Фондов первичной медико-санитарной помощи (ФПМСП) и Национальных служб здравоохранения (НСЗ) местным органам власти, и, хотя ещё слишком рано делать выводы о последствиях этого перехода, уже высказываются определенные опасения по поводу растущей фрагментации, бюджетных дефицитов и сбоев в предоставлении услуг, которые могут быть связаны с состоявшимися изменениями (McKee, Hurst et al. 2011). В странах бывшей Югославии национальные и региональные институты общественного здравоохранения играют ключевую роль в планировании и осуществлении функций общественного здравоохранения (ВОЗ 2007с, 2007d).

Финансирование

Как ранее отмечалось, финансирование общественного здравоохранения описывается как «черный ящик» (Duran and Kutzin 2010). В вопросы финансирования вовлечены многие участники и сектора, некоторые расходы ложатся на частные предприятия и не учитываются, и даже определение деятельности общественного здравоохранения само по себе различается в зависимости от страны (Allin, Mossialos et al. 2004; Sensenig 2007). Некоторые определения учитывают отдельные услуги по охране здоровья, предоставляемые персонально (на индивидуальном уровне), тогда как в других случаях учитываются только услуги популяционного уровня (Sensenig 2007). Только в 2011 г. был опубликован мировой стандарт системы счетов здравоохранения (ОЭСР, Евростат/ВОЗ 2011). Согласно этому стандарту профилактика и услуги общественного здравоохранения определяются как «услуги, целью которых является повышение уровня здоровья населения, в отличие от лечебных вмешательств, направленных на коррекцию нарушений здоровья» (ОЭСР, Евростат/ВОЗ 2011). Их компонентом являются: охрана здоровья матери и ребенка, школьное медицинское обслуживание, профилактика инфекционных или неинфекционных заболеваний и гигиена труда.

Несмотря на то, что это определение значительно проясняет границы и определенно включает такие области, как экологический надзор для целей общественного здравоохранения, существует много областей, которые подпадают под более широкое (более высокого уровня либо более масштабного порядка, такого как в «масштабах всего общества») понимание общественного здравоохранения. К ним, например, относятся стратегии улучшения здоровья с помощью комплексных программ активного транспорта, которые не учитываются системой счетов здравоохранения как расходы на профилактику и общественное здравоохранение (de Bekker-Grob, Polder et al. 2007).

Какая доля общего бюджета на здравоохранение выделяется на общественное здравоохранение?

Данные счетов здравоохранения дают наилучшие из существующих представления (оценки) о расходах на профилактику и общественное здравоохранение в большинстве стран Европейского региона ВОЗ (таблица 14.1). Они основаны на официальной национальной отчетности стран-членов и опубликованы в глобальной базе данных ВОЗ по расходам на здравоохранение. В тех случаях, когда требуются корректировки или расчетные данные, такая информация согласовывается с национальными министерствами здравоохранения до момента публикации (ВОЗ 2012)..

Согласно имеющимся данным расходы на профилактику и здравоохранение в 2011 г. варьировали от 0,53% от общих расходов на здравоохранение на Кипре до

Таблица 14.1 Расходы на профилактику и общественное здравоохранение в процентах от общих расходов на здравоохранение, Европейский регион ВОЗ, 2003–2011 гг.

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Австрия	1,67	1,93	1,90	1,90	1,89	1,78	1,72	1,69	1,69
Албания	1,57	—	—	—	5,48	3,21	2,90	3,28	—
Армения	0,61	0,90	3,86	5,15	3,90	4,47	4,69	—	—
Беларусь	—	—	—	—	—	—	—	3,81	3,93
Бельгия	1,88	1,84	2,44	2,09	2,15	2,53	2,48	1,97	1,97
Болгария	3,45	3,86	3,01	3,45	3,86	4,09	3,46	4,20	—
Босния и Герцеговина	—	2,70	2,80	2,89	2,65	3,06	1,10	1,07	0,96
Венгрия	4,81	4,36	4,34	4,12	4,07	4,03	4,34	4,35	4,35
Германия	3,20	3,23	3,21	3,28	3,50	3,56	3,52	3,13	3,13
Греция	—	—	—	—	—	—	—	—	1,34
Грузия	2,20	2,27	1,80	1,12	1,15	0,64	1,20	1,61	—
Дания	2,26	2,20	2,12	2,02	2,06	2,08	2,16	2,22	2,22
Израиль	0,92	0,85	0,77	0,71	0,65	0,63	0,68	0,70	0,70
Ирландия	2,32	2,96	2,96	3,01	2,98	2,98	3,12	2,99	2,99
Исландия	1,39	1,45	1,54	1,52	1,62	1,55	1,45	1,48	1,45
Испания	2,30	2,31	2,34	2,36	2,45	2,30	2,67	2,25	—
Италия	0,71	0,62	0,56	0,56	0,60	—	—	—	—
Кипр	0,58	0,55	0,55	0,61	0,64	0,55	0,55	0,53	0,53
Кыргызстан	—	2,20	—	2,27	2,84	4,44	3,84	3,63	2,87
Латвия	2,73	0,98	—	2,86	1,39	1,43	2,83	2,82	—
Литва	—	1,72	1,69	1,18	1,74	1,17	1,13	—	—
Люксембург	1,77	1,47	2,06	1,68	1,90	1,72	1,90	1,74	1,74
Мальта	1,58	1,55	1,44	1,31	1,44	1,13	1,32	1,55	—
Нидерланды	4,89	4,49	4,33	4,58	4,48	4,10	4,50	4,44	3,61
Норвегия	1,93	1,94	1,91	1,90	1,99	2,00	—	2,42	2,43
Польша	3,30	1,68	2,28	2,31	2,26	2,23	2,18	1,93	1,92
Португалия	1,97	1,89	1,94	1,66	1,66	1,74	1,95	2,02	2,02
Республика Молдова	—	—	—	—	—	—	4,35	7,56	—
Румыния	6,16	6,63	6,73	5,24	6,51	5,72	8,10	6,03	—
Сербия	8,70	8,02	7,43	7,33	7,05	6,68	7,49	6,33	6,33
Словакия	1,64	2,73	2,28	4,29	4,71	4,61	4,62	5,04	—
Словения	3,41	3,65	3,57	3,58	3,70	3,56	3,50	3,64	—
Таджикистан	0,94	0,92	1,32	—	2,19	3,03	2,78	2,84	5,06

Таблица 14.1 Продолжение

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Турция	4,67	5,11	4,97	4,91	5,38	5,57	5,63	5,62	5,62
Украина	3,68	3,68	3,47	3,65	3,50	3,39	3,08	3,18	2,83
Финляндия	4,81	4,89	5,05	5,10	5,40	5,43	5,25	5,18	5,21
Франция	2,02	2,04	1,97	1,95	1,98	2,07	2,26	1,96	1,93
Хорватия	—	—	—	0,58	0,62	0,76	1,21	1,21	—
Черногория	—	0,57	0,56	0,68	—	—	—	—	—
Чешская Республика	1,68	1,96	1,67	2,08	2,19	2,59	2,60	2,41	2,41
Швеция	3,10	3,06	3,29	3,07	3,34	3,45	3,65	3,41	3,41
Швейцария	2,28	2,20	2,18	2,16	2,32	2,43	2,50	2,36	2,36
Эстония	2,47	2,23	2,31	2,53	2,67	2,67	2,24	2,72	2,71

Примечание: Данные по Андорре, Азербайджану, Казахстану, Монако, Российской Федерации, Сан-Марино, бывшей югославской республике Македонии, Туркменистану, Соединенному Королевству и Узбекистану отсутствуют.

Источник: ВОЗ (2013)

6,33% в Сербии (ВОЗ 2013). Хотя эти данные в лучшем случае являются оценочными, они позволяют сделать некоторые предварительные выводы. Во-первых, некоторые значения являются невероятно низкими, как, например, данные по Кипру, что вызывает серьезные опасения по поводу достоверности представленных данных о расходах. Во-вторых, расходы на профилактику и общественное здравоохранение составляют лишь незначительную долю от общего объема расходов на здравоохранение в большинстве европейских стран, что свидетельствует о наличии значительных возможностей для увеличения финансовых ассигнований на здравоохранение. Неудивительно, что в исследовании, посвященном потенциалу общественного здравоохранения в ЕС, отсутствие адекватных ресурсов было определено зачастую как наиболее значительное препятствие для эффективной реализации программ и мероприятий в области общественного здравоохранения (Aluttis, Chiotan et al. 2013). В-третьих, национальная отчетность является неполной. Ряд стран Европы, включая Азербайджан, Андорру, бывшую югославскую Республику Македонию, Казахстан, Монако, Российскую Федерацию, Сан-Марино, Соединенное Королевство, Туркменистан и Узбекистан, не представили данных о расходах на профилактику и здравоохранение в целом, в то время как по другим странам данные о расходах имеются только за некоторые годы.

Попытка восполнить некоторые из этих пробелов и дать количественную оценку расходам на профилактику и здравоохранение в Англии на основании системы счетов здравоохранения ОЭСР показала, что расход составил 4,0% от общего объема расходов на здравоохранение в 2006–2007 гг., что выше среднего показателя 2,8% по ОЭСР (Butterfield, Henderson et al. 2009). Однако попытки количественной оценки расходов на профилактику и здравоохранение в Англии по-прежнему ограничиваются показателями 1999–2000 гг. и 2006–2007 гг. (Butterfield, Henderson et al. 2009).

Помимо существенных различий между европейскими странами, отмечаются также большие различия внутри самих стран. В Италии абсолютные и относи-

тельные расходы на здравоохранение значительно различаются по регионам. Это связано с тем, что несмотря на наличие рекомендаций Министерства здравоохранения Италии выделять на общественное здравоохранение 5% региональных расходов на здравоохранение, регионы независимы в принятии такого решения и могут беспрепятственно не следовать рекомендации ведомства (Lo Scalzo, Donatini et al. 2009).

Кто платит за общественное здравоохранение?

Разбивка бюджетов на профилактику и здравоохранение по источникам финансирования показывает, что государственные средства являются основным источником финансирования в большинстве европейских стран, по которым имеются данные (таблица 14.2). Существуют также значительные пробелы в информации, так, например, по Греции, Ирландии, Люксембургу, Соединенному Королевству и Турции отсутствует отчетность за 2010 г.

В некоторых странах проводится целенаправленная политика повышения роли частных источников финансирования, особенно это относится к странам Центральной и Восточной Европы, Юго-Восточной Европы и бывшего Советского Союза, где лаборатории изыскивают дополнительное финансирование от коммерческой деятельности (ВОЗ 2009b; Duran and Kutzin 2010; Gotsadze, Chikovani et al. 2010). В Словении, например, платным услугам уделяется основное внимание, в то время как основной деятельности институтов общественного здравоохранения отводится второе место (ВОЗ 2009a). В 2012 г. Министерство здравоохранения решило такую ситуацию путем отделения всех лабораторий от институтов общественного здравоохранения и объединения их в национальную лабораторию по вопросам здравоохранения, окружающей среды и продовольствия. В ряде бывших советских стран, включая Армению и Кыргызстан, была введена плата за инспекции в области общественного здравоохранения. Последствия такого решения сложно определить (Duran and Kutzin 2010). Эти примеры иллюстрируют потенциальные проблемы, которые могут возникнуть при перекладывании вопросов финансирования здравоохранения на негосударственный сектор.

Что касается государственного финансирования тех аспектов деятельности общественного здравоохранения, которые связаны с функционированием системы здравоохранения, страны различаются по источникам финансирования (с использованием налоговых отчислений или социального страхования) и, в случае использования налоговых отчислений как механизма финансирования, по тому какой административный уровень несет ответственность за финансирование деятельности общественного здравоохранения (см. таблицу 14.2). Деятельность систем общественного здравоохранения носит менее комплексный характер в странах с социальным медицинским страхованием по сравнению со странами, где преобладает налоговая система, так как во втором случае система построена на более масштабном популяционно ориентированном подходе (Allin, Mossialos et al. 2004). Однако в настоящее время ситуация является более сложной, чем этот упрощенный дихотомический взгляд на ситуацию, и различна для разных видов деятельности в области общественного здравоохранения (см. вставку 14.2).

В некоторых странах, таких как Франция (Sandier, Paris et al. 2004), наличие множества источников финансирования расценивается как слабая сторона системы профилактики заболеваний и укрепления здоровья. Отсутствие стабильного финансирования этой деятельности было также отмечено в ряде стран Юго-Восточной Европы, где финансирование зачастую выделяется на разовой основе, а в некоторых случаях в значительной степени зависит от повестки международных организаций, что приводит к хаотичному планированию и от-

Вставка 14.2 Источники финансирования общественного здравоохранения в Эстонии

В Эстонии услуги и программы в области общественного здравоохранения финансируются за счет бюджетных ассигнований, выделяемых Министерству социальных дел, Национальному фонду медицинского страхования, а также другим министерствам, муниципальным и частным источникам. Эстонский фонд медицинского страхования оплачивает медицинские осмотры пациентов из различных групп риска, как в рамках специальных целевых проектов по профилактике заболеваний, так и в рамках системы здравоохранения в целом. Национальные стратегии финансируются главным образом из государственного бюджета, однако некоторые межсекторальные стратегии в области общественного здравоохранения финансируются преимущественно другими министерствами. Например, Министерство образования и исследований софинансирует национальную стратегию профилактики сердечно-сосудистых заболеваний на 2005–2020 гг. Помимо услуг, организованных на национальном уровне, более крупные муниципалитеты финансируют некоторые профилактические услуги в соответствии с местными потребностями. Частично общественное здравоохранение финансируется и из Европейского социального фонда, а также международных организаций, таких, например, как Глобальный фонд борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией.

Систематические мероприятия по укреплению здоровья были начаты в Эстонии в 1993 г., когда Министерство социальных дел приняло решение создать систему финансирования национальных и локальных проектов по укреплению здоровья. Система, ориентированная на спрос, финансировалась за счет целевой доли бюджета эстонского Фонда медицинского страхования и управлялась комитетом экспертов, который принимал решения о финансировании и координировал оценку эффективности работы. Цель заключалась в создании спроса на услуги по укреплению здоровья на национальном и государственном уровнях и содействии наращиванию потенциала и компетенций в области укрепления здоровья. Заявки на проекты по укреплению здоровья подаются один раз в год на конкурсной основе. Начиная с 2002 г., проектные заявки должны включать в себя оценку результатов проекта.

Можно сказать, что основным недостатком программ профилактики заболеваний является структура их финансирования. Для каждой программы или стратегии средства выделяются только на ежегодной основе, создавая тем самым возможность недофинансирования или прекращения финансирования в случае «внезапных» бюджетных решений. Эта форма финансирования также препятствует долгосрочному планированию – ещё одно негативное влияние действующей системы финансирования на программы профилактики заболеваний. Другая проблема заключается в том, что некоторые услуги не финансируются и не субсидируются для незастрахованных лиц, например некоторые программы скрининга и посещение врача общей практики, что может способствовать росту неравенства в отношении здоровья. Некоторые виды услуг предусматривают высокие соплатежи со стороны граждан – представителей некоторых групп населения, у которых и так есть сложности с оплатой. К ним относятся услуги по лечению наркотической зависимости (если такие организации не взаимодействуют с Национальным институтом развития здоровья), а также услуги по лечению алкогольной зависимости.

Источник: Koppel, Leventhal et al. (2009)

Нидерланды	1,79	1,27	0,00	0,13	0,32	1,29	0,00	4,79
Норвегия	2,18	0,02	—	—	—	—	—	2,51
Польша	1,16	0,40	—	—	0,05	0,47	—	2,07
Португалия	1,46	0,00	0,05	0,08	0,01	0,54	—	2,14
Словацкая Республика	1,98	0,00	0,00	0,00	0,00	3,37	0,00	5,34
Словения	0,52	2,36	0,04	0,00	0,03	0,86	0,00	3,80
Соединенное Королевство	—	—	—	—	—	—	—	—
Турция	—	—	—	—	—	—	—	—
Финляндия	1,29	1,82	—	—	—	2,33	—	5,44
Франция	1,03	0,43	—	—	—	0,66	—	2,12
Чешская Республика	0,49	1,66	—	—	—	0,33	—	2,47
Швейцария	1,00	0,55	—	0,38	0,44	—	—	2,37
Швеция	2,79	—	—	0,10	—	0,70	—	3,60
Эстония	1,49	0,86	0,00	0,00	0,01	0,14	0,24	2,74

Источник: ОЭСР (2012)

сутствию общих стратегий. Механизмы финансирования мероприятий по профилактике заболеваний и укреплению здоровья отделены от остальной системы здравоохранения (ВОЗ 2009b). Отсутствие в практике подхода финансирования услуг общественного здравоохранения на основе результатов является ещё одним весомым недостатком (ВОЗ 2009a).

В странах с системами медицинского страхования государственное финансирование деятельности в области общественного здравоохранения может осуществляться за счет страховых фондов, налогов или их сочетания. В Германии большинство профилактических мер, направленных на отдельных лиц, к числу которых относятся иммунизация, программы скрининга и медицинские осмотры, осуществляются врачами частной практики и оплачиваются из страховых фондов, причем эти фонды оплачивают и массовые мероприятия по укреплению здоровья (Busse and Riesberg 2004). В Словении и Хорватии Национальная программа вакцинации полностью покрывается Институтом медицинского страхования (ВОЗ 2007b, 2009a).

В то же время в Нидерландах, как и в Германии, где покрытие расходов на предоставление медицинских услуг осуществляется из страховых фондов, финансирование профилактических услуг происходит из налогового бюджета (Schafer, Kropeman et al. 2010). Страны Центральной и Восточной Европы и бывшего Советского Союза также финансируют услуги общественного здравоохранения из национального (налогового) бюджета (Gotsadze, Chikovani et al. 2010), не проводя значительные реформы после распада Союза (Duran and Kutzin 2010). Однако даже в этих странах отмечается тенденция к сочетанию государственных источников финансирования: например, в Чешской Республике профилактические услуги, предоставляемые врачами общей практики (прививки и скрининг) покрываются из средств фонда медицинского страхования, а для финансирования услуг общественного здравоохранения, например специальных программ по укреплению здоровья, Министерство здравоохранения обеспечивает прямое финансирование из налогового бюджета (Vrundyova, Pavloková et al. 2009). Австрия также полагается на сочетание источников финансирования; две трети расходов на вакцины покрываются Федеральным правительством, а шестая часть – землей (регионом) и организациями социального медицинского страхования. Земли покрывают расходы на администрирование, распространение и применение вакцин. Финансирование деятельности по укреплению здоровья также финансируется из двух источников: федеральных фондов и фондов земель (Hofmarcher and Rack 2006).

В некоторых европейских странах, включая Австрию, Данию, Нидерланды, Соединенное Королевство и Чешскую Республику, оплата услуг учреждений первичной медико-санитарной помощи осуществляется по смешанной системе, включая финансирование по подушевому нормативу (на основании количества приписанных пациентов), оплата за предоставленные услуги, оплата расходов на реализацию определенных программ и оплата за результат деятельности (достижение целевых показателей) (Fujisawa and Lafortune 2008; Katic, Jurkovic et al. 2012; Olejaz, Juul Nielsen et al. 2012). Плата на основе выполнения программ или результатов деятельности обычно учитывает целевые показатели, некоторые из которых связаны с деятельностью в области общественного здравоохранения. В Швеции, например, некоторые окружные советы ввели дополнительный стимулирующий компонент в системе платежей, основанный на результатах деятельности (2–3% от общей суммы платежа), который частично зависит от предоставления профилактических услуг (Anell, Glenngard et al. 2012). В Эстонии предусмотрены стимулирующие меры для врача, чтобы повысить объем предоставляемых профилактических услуг, в том числе консультирования пациентов по вопросам меди-

цинских и поведенческих рисков. С 2006 г. профилактические осмотры привязаны к бонусной системе врачей, которая включает, в том числе, критерии степени (полноты) охвата определенных возрастных групп (люди в возрасте от 40 до 60 лет) (Koppel, Kahur et al. 2008). В Юго-Восточной Европе несколько стран внедрили такие комбинированные системы оплаты (Rechel, Vozikov et al. 2012). В Черногории 10% от общего объема оплаты работы бригад первичной медико-санитарной помощи напрямую связаны с реализацией профилактических программ (Ostojic and Andric 2012). Одной из моделей, которая вызвала большой интерес, является Система оценки качества и результатов, введенная для семейной медицины в Соединенном Королевстве в 2004 г. (Katic, Jurkovic et al. 2012). Эта система предусматривает выплаты врачам в случае выполнения ими ряда показателей, часть из которых связана с профилактикой заболеваний (Boyle 2011).

В то время как во многих странах профилактические услуги общественного здравоохранения покрываются главным государственным финансовым органом, таким, например, как Национальный фонд медицинского страхования в Эстонии (Koppel, Leventhal et al. 2009), в других странах, таких как Армения (Armenian, Srape et al. 2009), отмечается не только отсутствие стимулов для проведения профилактических мероприятий врачами, но даже практикуется оплата услуг населением. Проблема создания устойчивой финансовой основы для деятельности общественного здравоохранения является острой для многих стран, особенно для тех, в которых механизмы финансирования не связаны с общей системой финансирования системы здравоохранения, а носят разовый характер или основаны на внешнем финансировании (Bayarsaikhan and Muiser 2007; ВОЗ 2009b). Для решения этой проблемы в Эстонии была создана система финансирования проектов по укреплению здоровья (вставка 14.2).

Целевые налоги для задач общественного здравоохранения

Некоторые европейские страны ввели целевые налоги для покрытия расходов на общественное здравоохранение. Наиболее ярким примером является выделение налоговых поступлений от продажи табачных изделий для национальных антитабачных программ. К 2007 году 13 стран Европейского региона ВОЗ (Австрия, Беларусь, Болгария, Греция, Исландия, Польша, Румыния, Сербия и Черногория, Соединенное Королевство, Финляндия, Франция, Швейцария, Эстония) создали механизмы целевого налогообложения на табачные изделия. Некоторые из этих стран (включая Исландию, Польшу, Сербию и Черногорию, Финляндию и Швейцарию) использовали целевые средства для антитабачных программ и программ укрепления здоровья. Исландия, Польша и Финляндия выделили на эти цели 0,5%, 0,75% и 0,9% от налога на табачные изделия (ВОЗ 2007a). Важно отметить, что общественная поддержка увеличения налога на табачные изделия (что является эффективным способом сокращения потребления табака) растет, если увеличение налога направлено на укрепление здоровья и борьбу с табакокурением (Vardavas, Filippidis et al. 2012).

Также в нескольких европейских странах применяется целевое налогообложение на алкоголь для деятельности общественного здравоохранения. Одним из примеров является Польша, где лицензионные сборы за розничную продажу алкогольных напитков направляются муниципальным советам и предназначены специально для реализации муниципальных программ по снижению последствий потребления алкоголя.

За исключением примеров целевых налогов на табачные изделия и алкоголь, использование налоговых инструментов для общественного здравоохранения пока ещё не получило широкого распространения, хотя некоторые страны пред-

приняли попытки ввести налоги на продукты, содержащие насыщенные жиры (см. главу 7 «Продовольственная безопасность и выбор в пользу здорового питания»). Одна из потенциальных проблем, связанных с целевыми налогами на здравоохранение, заключается в том, что они могут объединять в себе несовместимые цели, финансируя общественное здравоохранение за счет поступлений, источником которых является потребление нездоровых продуктов.

Уровни власти

Европейские страны также различаются в том, на каком уровне правительство обеспечивает финансирование деятельности общественного здравоохранения за счет налогов. В целом субнациональные уровни являются важным источником финансирования в федеральных или децентрализованных системах. Например, в Финляндии ответственность за финансирование программ иммунизации несут муниципалитеты (Vuorenkoski, Mladovsky et al. 2008). Они же являются основными источниками финансирования мероприятий по укреплению здоровья, которые дополнительно финансируются из средств центрального (национального) бюджета (Vuorenkoski, Mladovsky et al. 2008). В Дании программы вакцинации финансируются регионами (Strandberg-Larsen, Nielsen et al. 2007; Olejaz, Juul Nielsen et al. 2012), а в Бельгии две трети расходов на вакцинацию покрываются Федеральным правительством, одна треть — регионами (Gerkens and Merkur 2010). Почти во всех странах Центральной и Восточной Европы, а также бывшего Советского Союза финансирование за счет налогов поступает от национального правительства, но есть исключения, такие как Польша, которая ввела софинансирование региональными правительствами (Gotsadze, Chikovani et al. 2010).

Последствия экономического кризиса

В результате нынешнего экономического кризиса финансирование общественного здравоохранения во многих странах находится под угрозой, поскольку долгосрочный эффект мероприятий общественного здравоохранения часто упускается из виду, не учитывается (Martin-Moreno, Anttila et al. 2012). Как следствие, многие структуры, направленные на осуществление функций общественного здравоохранения в Европе, прекращают свою деятельность, а программы и мероприятия общественного здравоохранения в ряде стран, включая Болгарию, Латвию и Соединенное Королевство, уже урезаны (Aluttis, Chiotan et al. 2013).

Заключение

В настоящей главе представлен предварительный обзор организации и финансирования общественного здравоохранения в Европе. Если директивные органы в Европе серьезно относятся к реализации Европейского плана действий ВОЗ по укреплению потенциала и услуг общественного здравоохранения, им уже необходимо инвестировать значительные ресурсы только для того, чтобы поддержать отрасль в текущем состоянии. В конечном счете, организация и финансирование деятельности в области общественного здравоохранения в Европе потребуют оценки своей эффективности применительно к достигнутым результатам по улучшению здоровья населения (Brand, Schroder et al. 2006). Однако есть ощущение, что именно эта информация почти полностью отсутствует. Сегодня не только не хватает оценок эффективности программ профилактики заболеваний в среднесрочной перспективе, как было отмечено в Эстонии (Koppel, Leventhal et al. 2009), но и в целом отсутствуют более масштабные оценки организационных реформ (Maier and Martin-Moreno 2011). Более систематические исследования, по-видимому, были проведены в Соединенных Штатах, где цен-

трами по контролю и профилактике заболеваний была разработана Национальная программа стандартов эффективности общественного здравоохранения. В то же время было отмечено отсутствие исследований по руководству в области практики общественного здравоохранения (Scutchfield, Bhandari et al. 2009). Важно отметить, что эмпирические данные об эффективности или действенности различных структур общественного здравоохранения до сих пор отсутствуют, в сочетании с недостаточностью знаний в отношении таких аспектов как воздействие, эффективность и действенность различных структур управления и механизмов финансирования (Mays, Smith et al. 2009).

Тем не менее материал, представленный в настоящей главе, позволяет сделать некоторые выводы. Во-первых, базовые институциональные структуры для осуществления основных функций в области общественного здравоохранения ещё не представлены во всех странах Европейского региона ВОЗ. В условиях нынешнего экономического кризиса даже сохранение существующих структур будет серьезной проблемой. Кроме того, необходимо подчеркнуть, что при отсутствии достаточного финансирования и политической воли одних лишь институциональных моделей недостаточно для достижения улучшений.

Другой ключевой вывод, вытекающий из этого обзора, заключается в том, что функции общественного здравоохранения по всей Европе отличаются широким разнообразием, особенно в отношении организации и финансирования. Наш обзор показывает, например, что некоторые централизованные или децентрализованные системы общественного здравоохранения сталкиваются с проблемами в обеспечении равенства регионов. В то же время децентрализация обеспечивает общественному здравоохранению определенную гибкость в удовлетворении потребностей на местном уровне (Mays, Smith et al. 2009). Признавая тот факт, что степень децентрализации отражает более широкий политический и административный контекст рассматриваемой страны, необходимо провести более систематическое сопоставление и оценку существующих в Европе структур общественного здравоохранения, чтобы определить, какие организационные структуры и механизмы финансирования работают наилучшим образом и почему. В то же время важно понимать, что организационные структуры и механизмы финансирования общественного здравоохранения, которые возникли в различных европейских странах, могут быть довольно инертны и трудно поддаваться изменениям в краткосрочной перспективе, даже если имеются убедительные доказательства наилучших практик.

Этот обзор финансирования общественного здравоохранения показал, что имеющиеся данные позволяют сформировать лишь приблизительное представление о реальных уровнях расходов и являются маловероятными для некоторых стран. Они также указывают на то, что расходы на профилактику и общественное здравоохранение составляют лишь очень небольшую долю от общего объема расходов на здравоохранение, несмотря на доказанную экономическую эффективность мероприятий общественного здравоохранения. Недостаточное финансирование, по-видимому, представляет собой одну из главных проблем для общественного здравоохранения в Европе, в частности, в нынешних экономических условиях; вместе с тем необходимо больше аналитической информации об эффективности существующих структур, чтобы сделать вывод об эффективности используемых доступных финансовых ресурсов.

Библиография

Allin, S., E. Mossialos, M. McKee and W. Holland (2004). Making Decisions on Public Health: A review of eight countries. Copenhagen, WHO, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

- Aluttis, C., C. Chiotan, K. Michelsen, C. Costongs and H. Brand (2013). Review of Public Health Capacity in the EU. Luxembourg, European Commission Directorate General for Health and Consumers.
- Anell, A., A. Glennard and S. Merkur (2012). "Spain: health system review." *Health Systems in Transition* 14(5): 1-159.
- Armenian, H. K., B. Crape, R. Grigoryan, H. Martirosyan, V. Petrosyan and N. Truzyan (2009). Analysis of Public Health Services in Armenia. Yerevan, American University of Armenia.
- Barros, P. P. and J. de Almeida Simoes (2007). "Spain: health system review." *Health Systems in Transition* 9(5): 1-142.
- Bayarsaikhan, D. and J. Muiser (2007). Financing Health Promotion. Geneva, WHO.
- 2009; Boyle (2011). "United Kingdom (England): health system review." *Health Systems in Transition* 13(1): 1-486.
- Brand, H., P. Schroder, J. Davies, I. Escamilla, C. Hall, K. Hickey, E. Jelastopulu, R. Mechtler, W. Yared, J. Volf and B. Wehrauch (2006). "Reference frameworks for the health management of measles, breast cancer and diabetes (type II)." *Central European Journal of Public Health* 14(1): 39-45.
- Bryndova, L., K. Pavloková, M. Rokosova, M. Gaskins and E. Ginneken (2009). "Czech Republic: health system review." *Health Systems in Transition* 11(1): 1-122.
- Busse, R. and A. Riesberg (2004). Health Care Systems in Transition: Germany. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Butterfield, R., J. Henderson and R. Scott (2009). Public Health and Prevention Expenditure in England. London, Department of Health.
- de Bekker-Grob, E., J. Polder, J. P. Mackenbach and W. Meerding (2007). "Towards a comprehensive estimate of national spending on prevention." *BMC Public Health* 7: 252.
- Duran, A. and J. Kutzin (2010). "Financing of public health services and programmes: time to look into the black box." In *Implementing Health Financing Reform: Lessons from countries in transition*. J. Kutzin, C. Cashin and M. Jakab, Eds. Copenhagen, WHO, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. 247-268.
- Economou, C. (2010). "Greece: health system review." *Health Systems in Transition* 12(7): 1-180.
- Fujisawa, R. and G. Lafortune (2008). The Remuneration of General Practitioners and Specialists in 14 OECD Countries: What are the factors influencing variations across countries? Paris, OECD.
- Garcia-Armesto, S., M. Abadia-Taira, A. Duran, C. Hernandez-Quevedo and E. Bernal-Delgado (2010). "Spain: health system review." *Health Systems in Transition* 12(4): 1-295.
- Gerken, S. and S. Merkur (2010). "Belgium: health system review." *Health Systems in Transition* 12(5): 1-266.
- Glennard, A., F. Hjalte, M. Svensson, A. Anell and V. Bankauskaite (2005). Health Systems in Transition: Sweden. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Gotsadze, G., I. Chikovani, K. Gogvadze, D. Balabanova and M. McKee (2010). "Reforming sanitary-epidemiological service in Central and Eastern Europe and the former Soviet Union: an exploratory study." *BMC Public Health* 10: 440.
- Hofmarcher, M. and H.-M. Rack (2006). "Austria: health system review." *Health Systems in Transition* 8(3): 1-247.
- Holland, W., S. Stewart and C. Masseria (2006). Screening in Europe. Policy Brief. Copenhagen, WHO, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Kaiser, S. and J. Mackenbach (2008). "Public health in eight European countries: an international comparison of terminology." *Public Health* 122(2): 211-216.
- Katic, M., D. Jurkovic and V. Juresa (2012). "The combined way of paying family medicine in Croatia." In *Health Reforms in South East Europe*. W. Bartlett, J. Bozikov and B. Rechel, Eds. Basingstoke, Palgrave Macmillan: 193-206.
- Koppel, A., K. Kahur, T. Habicht, P. Saar, J. Habicht and E. van Ginneken (2008). "Estonia: health system review." *Health Systems in Transition* 10(1): 1-230.
- Koppel, A., A. Leventhal and M. Sedgley, Eds. (2009). Public Health in Estonia 2008: An analysis of public health operations, services and activities. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

- Ladurner, J., M. Gerger, W. Holland, E. Mossialos, S. Merkur, S. Stewart, R. Irwin and J. Soffried, Eds. (2011). *Public Health in Austria: An analysis of the status of public health*. Copenhagen, WHO, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Lo Scalzo, A., A. Donatini, L. Orzella, S. Profili, A. Cicchetti, I. S. Profi and A. Maresso (2009). "Italy: health system review." *Health Systems in Transition* 11(6): 1-216.
- Maier, C., W. Palm, J. M. Martin-Moreno, D. Mircheva and M. Haralanova (2009). *The Reform of Public Health and the Role of the Sanitary-Epidemiological Services (sanepid) in the Newly Independent States*. Meeting report, Bishkek, Kyrgyzstan, 10-12 November 2008. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- Maier, C. B. and J. M. Martin-Moreno (2011). "Quo vadis SANEPID? A cross-country analysis of public health reforms in 10 post-Soviet states." *Health Policy* 102(1): 18-25.
- Martin-Moreno, J. M., A. Anttila, L. von Karsa, J. L. Alfonso-Sanchez and L. Gorgojo (2012). "Cancer screening and health system resilience: keys to protecting and bolstering preventive services during a financial crisis." *European Journal of Cancer* 48(14): 2212-2218.
- Mays, G. P., F. Scutchfield, M. Bhandari and S. A. Smith (2010). "Understanding the organization of public health delivery systems: an empirical typology." *The Milbank Quarterly* 88(1): 81-111.
- Mays, G. P., S. A. Smith, R. C. Ingram, L. J. Racster, C. D. Lamberth and E. S. Lovely (2009). "Public health delivery systems." *American Journal of Preventive Medicine* 36(3): 256-265.
- McDaid, D., M. Wiley, A. Maresso and E. Mossialos (2009). "Ireland: health system review." *Health Systems in Transition* 11(4): 1-268.
- McKee, M., L. Hurst, R. W. Aldridge, R. Raine, J. S. Mindell, I. Wolfe and W. Holland (2011). "Public health in England: an option for the way forward?" *The Lancet* 378: 536-539.
- McKee, M. and J. Pomerleau (2005). "The emergency of public health and the centrality of values." In *Issues in Public Health: Understanding public health*. J. Pomerleau and M. McKee. Maidenhead, Open University Press: 5-23.
- OECD (2012). *Health Data 2012* [stats.oecd.org, по состоянию на 8 декабря 2012 г.]. Paris, OECD.
- OECD/Eurostat/WHO (2011). *A System of Health Accounts, 2011 edition* [http://www.who.int/nha/sha_revision/sha_2011_final1.pdf, по состоянию на 28 января 2013 г.]. Paris, OECD.
- OECD/WHO (2011). *OECD Reviews of Health Systems: Switzerland*. Paris, OECD Publishing.
- Olejaz, M., A. Juul Nielsen, A. Rudkjoberg, H. Okkels Birk, A. Krasnik and C. Hernandez-Quevedo (2012). "Denmark: health system review." *Health Systems in Transition* 14(2): 1-192.
- Ostojic, D. and R. Andric (2012). "Reforms of the organization and financing of primary health care in Montenegro." In *Health Reforms in South East Europe*. W. Bartlett, J. Bozikov and B. Rechel, Eds. Basingstoke, Palgrave Macmillan: 207-217.
- Попович, Л., Е. Потапчик, С. Шишкин, Е. Ричардсон, А. Вакрoux and B. Mathivet (2011 г.). «Российская Федерация: обзор системы здравоохранения.» *Системы здравоохранения: время перемен*, Том 13 №7: 1-190.
- Rechel, B., J. Bozikov and W. Bartlett (2012). "Lessons from two decades of health reforms in South East Europe." In *Health Reforms in South East Europe*. W. Bartlett, J. Bozikov and B. Rechel, Eds. Basingstoke, Palgrave Macmillan: 229-239.
- Rechel, B., H. Brand and M. McKee (2013). "Financing public health in Europe." *Gesundheitswesen* 75: e28-e33.
- Rechel, B. and M. McKee (2006). "Health systems and policies in South-Eastern Europe." In *Health and Economic Development in South-Eastern Europe*. WHO, Ed. Paris, WHO: 43-69.
- Rechel, B. and M. McKee (2012). *Preliminary Review of Institutional Models for Delivering Essential Public Health Operations in Europe*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- Rowe, L. and B. Rechel (2006). "Fighting tuberculosis and HIV/AIDS in Northeast Europe: sustainable collaboration or political rhetoric?" *European Journal of Public Health* 16(6): 609-614.
- Saltman, R., S. Allin, E. Mossialos, M. Wismar and E. van Ginneken (2012). "Assessing health reform trends in Europe." In *Health Systems, Health, Wealth and Societal Wellbeing*. J. Figueras and M. McKee, Eds. Maidenhead, Open University Press: 209-246.

- Saltman, R. B., V. Bankauskaite and K. Vrangbaek, Eds. (2007). *Decentralization in Health Care: Strategies and outcomes*. Maidenhead, Open University Press.
- Sandier, S., V. Paris and D. Polton (2004). *Health Care Systems in Transition: France*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Schafer, W., M. Kroneman, W. Boerma, M. van den Berg, G. Westert, W. Deville and E. Van Ginneken (2010). "The Netherlands: health system review." *Health Systems in Transition* 12(1): 1-228.
- Scutchfield, F., M. Bhandari, N. Lawhorn, C. Lamberth and R. Ingram (2009). "Public health performance." *American Journal of Preventive Medicine* 36(3): 266-272.
- Sensenig, A. L. (2007). "Refining estimates of public health spending as measured in national health expenditures accounts: the United States experience." *Journal of Public Health Management and Practice* 13(2): 103-114.
- Strandberg-Larsen, M., M. Nielsen, S. Vallgarda, A. Krasnik, K. Vrangbmk and E. Mossialos (2007). "Denmark: health system review." *Health Systems in Transition* 9(6): 1-164.
- Tragakes, E., G. Brigis, J. Karaskevica, A. Rurane, A. Stuburs, E. Zusmane, O. Avdeeva and M. Schafer (2008). "Latvia: health system review." *Health Systems in Transition* 10(2): 1-253.
- Vardavas, C., F. Filippidis, I. Agaku, V. Mytaras, M. Bertic, G. Connolly, Y. Tountas and P. Behrakis (2012). "Tobacco taxation: the importance of earmarking the revenue to health care and tobacco control." *Tobacco Induced Diseases* 10(1): 21.
- Vuorenkoski, L., P. Mladovsky and E. Mossialos (2008). "Finland: health system review." *Health Systems in Transition* 10(4): 1-168.
- Weil, O. and M. McKee (1998). "Setting priorities for health in Europe: are we speaking the same language?" *European Journal of Public Health* 8: 256-258.
- Whitehead, D. (2004). "The European Health Promoting Hospitals (HPH) project: how far on?" *Health Promotion International* 19(2): 259-267.
- World Health Organization (WHO) (1978). *Declaration of Alma-Ata* [http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf].
- World Health Organization (WHO) (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion* [<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index4.html>]. Geneva, WHO.
- World Health Organization (WHO) (2007a). *European Tobacco Control Report 2007*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization (WHO) (2007a). *Evaluation of Public Health Services in South-eastern Europe: Croatia*. Draft National Report. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization (WHO) (2007c). *Evaluation of Public Health Services in South-eastern Europe: Federation of Bosnia and Herzegovina*. Draft National Report. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization (WHO) (2007c). *Evaluation of Public Health Services in South-eastern Europe: Republika Srpska*. Draft National Report. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization (WHO) (2008). *The Tallinn Charter: Health systems for health and wealth*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization (WHO) (2009a). *Evaluation of Public Health Services in Slovenia*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization (WHO) (2009b). *Evaluation of Public Health Services in South-eastern Europe*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization (WHO) (2012). *General Statistical Procedures Used to Construct WHO Health Expenditure Database* [<http://apps.who.int/nha/database/ResourcesPage.aspx>, по состоянию на 28 январь 2013 г.]. Geneva, WHO.
- World Health Organization (WHO) (2013). *Global Health Expenditure Database* [<http://apps.who.int/nha/database/DataExplorer.aspx?ws=0&d=1>, по состоянию на 17 мая 2013 г.]. Geneva, WHO.

глава 15

Развитие кадровых ресурсов общественного здравоохранения

*Christoph Aluttis, Claudia Bettina Maier,
Stephan Van den Broucke, Katarzyna Czabanowska*

Введение

Подготовка компетентных кадров для общественного здравоохранения была определена Европейским региональным бюро ВОЗ как одна из важнейших сфер деятельности общественного здравоохранения (EPHOs, см. главу 1 «Аспекты общественного здравоохранения в Европе: введение»), так как для предоставления высококачественных услуг системам охраны здоровья требуется достаточное количество хорошо подготовленных кадров. Это в равной степени относится как к организации общественного здравоохранения, так и к предоставлению медико-санитарной помощи. Рост резистентности возбудителей к противомикробным препаратам во многих странах, появление туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ) в восточной части Европейского региона ВОЗ, эпидемия неинфекционных заболеваний (НИЗ) и нарастание неравенства в отношении здоровья внутри и между европейскими странами — все это вместе иллюстрирует потребность в принятии эффективных мер по охране здоровья населения, в основе которых должны лежать сильные и устойчивые кадровые ресурсы (ВОЗ 2000, РАНО/ВОЗ 2002, Tilson and Gebbie 2004, Passaud 2011).

Европейские системы здравоохранения по-прежнему в основном сосредоточены на предоставлении медицинской помощи и медицинского ухода (Beaglehole and Dal Poz 2003), несмотря на то, что значительный прогресс в обеспечении охраны здоровья населения может быть достигнут посредством снижения воздействия причин заболеваний, а именно посредством мер по охране здоровья, укрепления здоровья и профилактики заболеваний. (Foldspang 2008). Поскольку правительства в Европе заинтересованы в повышении эффективности инвестиций в здоровьесберегающие меры, необходимо повысить роль и участие общественного здравоохранения в системах здравоохранения в Европе. Для этого необходимо наличие и обоснованное распределение высококвалифицированных кадров в области общественного здравоохранения, а также четкое понимание существующих возможностей обучения, карьерного роста и роли профессиональных организаций в Европе (Whitfield 2004).

В этой главе представлен обзор ключевых вопросов, имеющих отношение к кадровым ресурсам общественного здравоохранения в Европе. Глава начинается с рассмотрения существующих определений и общих характеристик кадровых ресурсов общественного здравоохранения в Европе. Затем описывается текущее состояние кадров и аргументируется значимость их количественной оценки. В заключительной части главы представлены существующие системы образо-

вания и профессионального развития для общественного здравоохранения в Европе, а также меры, необходимые для их дальнейшего совершенствования.

Определение и концепция кадровых ресурсов общественного здравоохранения

В отличие от медицинских работников с четко определенными профессиями и специализациями, описать кадровый состав в области общественного здравоохранения значительно сложнее. С этим связано наличие большого количества определений. Например, Rotem и соавторы (Rotem, Walters et al., 1995) определяют работников сферы общественного здравоохранения как «людей, которые занимаются защитой, укреплением и/или восстановлением коллективного здоровья целых популяций или отдельных групп населения (в отличие от деятельности, направленной на осуществление лечения и ухода отдельных людей)». Это определение разделяет практическое приложение специалистов общественного здравоохранения и медицинской службы, подчеркивает социальную составляющую работы общественного здравоохранения. Аналогичным образом, Beaglehole и Dal Poz (2003) определяют кадровый состав общественного здравоохранения как «команду различных специалистов, главная задача которых заключается в осуществлении основных видов деятельности в области общественного здравоохранения, независимо от их организационной базы». Авторы особо отмечают, что кадровый состав общественного здравоохранения может находиться как внутри, так и за пределами сектора здравоохранения.

Все чаще при формировании концептуального представления об общественном здравоохранении также рассматривается роль «расширенного кадрового состава», включающего специалистов, которые косвенно связаны с вопросами охраны здоровья, но чья деятельность способствует повышению качества здоровья населения (Sim, Lock et al., 2007). Примерами могут служить учителя, работники социального обеспечения, инструктора по фитнесу и дизайнеры жилья (Gebbie, Merrill et al., 2002). Однако, хотя «расширенный кадровый состав» и обладает огромным потенциалом для содействия достижению положительных результатов в отношении здоровья, важно сохранить и развить официально признанную систему обучения специалистов в области общественного здравоохранения, что обеспечит профессиональный научно обоснованный подход при организации и проведении мероприятий в области общественного здравоохранения. Данный аспект находит отражение в определении кадров общественного здравоохранения, предлагаемом Американским институтом медицины (2002): это «лица, получившие образование в области общественного здравоохранения или в связанной с ним области, которые работают в целях улучшения здоровья населения, используя популяционный подход».

В целом, несмотря на то, что представленные дефиниции устанавливают некоторые границы и определяют критерии, сохраняется неопределенность в том, какие все-таки специалисты формируют кадровый состав общественного здравоохранения. Подробное описание кадрового состава общественного здравоохранения конкретной страны или региона не слишком помогает продвинуться в решении данного вопроса. Более того, задача ещё больше осложняется тем фактом, что в разных европейских странах используются различные терминологии и концепции общественного здравоохранения (см. главу 14 «Организация и финансирование общественного здравоохранения»). Различия в культуре, языке и историческом развитии систем здравоохранения привели к различиям в понимании общественного здравоохранения (Kaiser and Mackenbach 2008), что, в свою очередь, отражается на дефиниции и определении предназначения кадровых ресурсов общественного здравоохранения в разных странах.

Whitfield (2004) представил теоретическую концепцию по деятельности и кадровым ресурсам общественного здравоохранения, которая может применяться независимо от национального контекста. Согласно этой концепции, кадровые ресурсы общественного здравоохранения можно разделить на три группы: (1) собственно «специалисты общественного здравоохранения», (2) «люди, косвенно вовлеченные в деятельность общественного здравоохранения в силу специфики своей деятельности», и (3) «люди, которые должны быть осведомлены об аспектах общественного здравоохранения в рамках своей профессиональной деятельности» (таблица 15.1).

Первая категория – собственно «специалисты общественного здравоохранения», они традиционно занимаются вопросами общественного здравоохранения, и их ключевая роль в общественном здравоохранении неоспорима. В эту категорию входят специалисты, которые в своей повседневной работе занимаются в первую очередь (и только) вопросами общественного здоровья: специалисты общественного здравоохранения, эпидемиологи, исследователи.

Вторая категория включает тех специалистов, чья работа в основе своей не связана с вопросами общественного здравоохранения, но чья деятельность вносят ощутимый вклад в состояние здоровья населения. К этой категории относятся врачи общей практики, консультирующие по вопросам профилактики заболеваний, диетологи, консультирующие по вопросам правильного питания, инструкторы по фитнесу, которые помогают людям поддерживать физическую активность.

Третью категорию составляют специалисты, чья деятельность напрямую не связана с вопросами общественного здравоохранения, но чья осведомленность в отношении аспектов общественного здравоохранения может оказать положительное влияние на состояние здоровья населения. Примерами специалистов этой категории являются ученые, разрабатывающие более безопасные продукты, градостроители, учитывающие вопросы здравоохранения при проектировании го-

Таблица 15.1 Три категории работников общественного здравоохранения

<i>(1) Специалисты в области общественного здравоохранения</i>	<i>(2) Специалисты с частичной ролью в общественном здравоохранении</i>	<i>(3) Специалисты, которые должны быть осведомлены о взаимосвязанных аспектах общественного здравоохранения</i>
Разработчики политики в сфере здравоохранения	Врачи	Полиция
Специалисты здравоохранения со специализацией в области общественного здравоохранения	Медицинские сестры	Архитекторы
Эпидемиологи	Фармацевты	Полиция
Эксперты в области гигиены окружающей среды	Фармацевты	Архитекторы
Экономисты в сфере здравоохранения	Акушеры-гинекологи	Учителя
Специалисты по укреплению здоровья	Инспекторы в области пищевых продуктов	Журналисты
и т. д.	Диетологи	и т. д.
	Инструкторы по фитнесу	
	Психологи	
	Социальные работники	
	и т. д.	

Источник: Авторская компиляция, основанная на работе Whitfield (2004)

родской среды, и учителя, которые в рамках своей повседневной работы консультируют своих учеников по вопросам здоровья. Представители этой категории и точки приложения их трудовой деятельности лежат за пределами системы охраны здоровья, и они не воспринимают себя как часть системы общественного здравоохранения, но влияние их деятельности на здоровье населения очень велико.

Представленный подход, выделяющий три категории, позволяет наглядно представить разнородность задач и функций специалистов, работающих в сфере общественного здравоохранения, а также подчеркнуть комплексный и многодисциплинарный характер общественного здравоохранения. Несмотря на то, что странам нужны специально подготовленные профессиональные кадры для общественного здравоохранения (кадры в узком понимании, собственно специалисты общественного здравоохранения), признание и подробное рассмотрение роли кадровых ресурсов общественного здравоохранения в их широком понимании является необходимым шагом для решения современных мультидисциплинарных проблем общественного здравоохранения.

Различия между странами

Во всех странах Европы существуют кадровые ресурсы общественного здравоохранения, хотя их эффективность и характер организации варьируют (Porter 1994). Несмотря на многочисленные различия между странами, в Европе врачи, как правило, играют более значимую роль чем специалисты общественного здравоохранения, хотя с 1990-х и 2000-х годов произошел сдвиг в сторону формирования более мультидисциплинарных профессиональных групп. При этом Ирландия, Соединенное Королевство и Финляндия были одними из первых стран Европы, которые ввели систему профессиональной подготовки в области общественного здравоохранения для специалистов с различным базовым образованием. Однако оказание профилактических услуг, санитарное просвещение и консультирование пациентов по вопросам здоровья в значительной степени по-прежнему выполняются работниками здравоохранения в рамках оказания первичной медико-санитарной помощи или в больницах (Vuorenkoski, Mladovsky et al., 2008; McDaid, Wiley et al., 2009; Boyle 2011). В некоторых странах Центральной и Восточной Европы в области общественного здравоохранения, по-прежнему, преобладают специалисты-медики, получившие дополнительную специализацию в области общественного здравоохранения. Отчасти это связано с наследием санитарно-эпидемиологических служб советского периода, которые имели сильную медицинскую направленность и были ориентированы на определенные функции общественного здравоохранения, такие как программы гигиены и иммунизации, и которые сохранились во многих бывших советских республиках (Goodman, Overall et al. 2008; Gotsadze, Chikovani et al. 2010; Maier and Martin-Moreno 2010).

Как подчеркивалось выше, кадровые ресурсы общественного здравоохранения включают не только специалистов общественного здравоохранения, но и представителей других специальностей, которые оказывают медицинские услуги, но не являются специалистами общественного здравоохранения и не имеют (или имеют ограниченную) специальной подготовки в области общественного здравоохранения. Например, в Кыргызстане и Таджикистане для решения на местном уровне (на уровне сообществ) наиболее насущных задач общественного здравоохранения, таких как здоровье матери и ребенка, образование по вопросам гигиены и питания, профилактика заболеваний, привлекаются специалисты с различной базовой профессиональной подготовкой (Khodjamurodov and Rechel 2010; Maier and Martin-Moreno 2010; Ibrahimova, Akkazieva et al. 2011). Имея лишь минимальную подготовку в области общественного здравоохранения, эти люди явля-

ются основным кадровым контингентом для решения задач на местном уровне. Их деятельность способствует не только улучшению здоровья населения, но и повышению информированности и компетентности в области общественного здравоохранения, а также повышению эффективности программ укрепления здоровья, профилактики заболеваний и охраны здоровья на уровне сообществ (Ibrahimova, Akkazieva et al. 2011). Однако данных о масштабах и сфере деятельности кадрового состава в широком понимании, а также его вклада в состояние здоровья населения в Европейском регионе ВОЗ ещё недостаточно.

Количественная оценка кадровых ресурсов общественного здравоохранения

Есть такая поговорка: «То, что невозможно измерить, невозможно изменить». Определение количества и качества кадров общественного здравоохранения в странах Европейского региона ВОЗ имеет крайне важное значение для планирования и управления общественным здравоохранением. Несмотря на то, что это известно лицам, принимающим решения, и специалистам в области здравоохранения, фактическая информация о кадровых ресурсах общественного здравоохранения в Европе в лучшем случае ограничена. В отличие от большого количества существующих данных о медицинских кадрах, реестры специалистов и практиков общественного здравоохранения создаются редко. Одна из причин такой ситуации – использование различных подходов к определению специалиста общественного здравоохранения. Единичными примерами реестров являются базы выпускников программ подготовки (например реестр выпускников соответствующих программ в Соединенном Королевстве, см. Sim, Lock et al. 2007). Все это создает пробелы в информации о количестве и распределении кадров общественного здравоохранения в отдельно взятой стране, что в конечном итоге ограничивает способность разработчиков политики эффективно решить проблему нехватки кадров. Как было показано в предыдущих разделах этой главы, оценка численности кадров в области общественного здравоохранения осложняется тем, что на сегодня кадровый состав неоднороден, не поддается четкой систематизации и регулированию, так как крайне разнообразен с точки зрения базового образования и программ подготовки, областей специализации, занимаемых позиций, должностей и квалификации.

Одна из наиболее значительных попыток количественной оценки кадровых ресурсов общественного здравоохранения в целях планирования была предпринята в Соединенном Королевстве. В 2001 году Департамент здравоохранения заявил, что «развитие кадровых ресурсов здравоохранения может быть достигнуто только на основе обширных знаний о том, сколько сотрудников уже работает в данной области, что они делают и где находятся» (Department of Health, 2001). В целях проведения количественной оценки кадров общественного здравоохранения, а также анализа «спроса и предложения» Walters и его коллеги предприняли попытку собрать данные об имеющихся кадровых ресурсах общественного здравоохранения в районе Большого Лондона, используя три категории Whitfield, (Walters, Sim et al., 2002). Согласно итогам проведенного исследования, численность кадров общественного здравоохранения составляла не менее 250 000 человек, из которых 98% составляли «кадры общественного здравоохранения в широком понимании» (Sim, Schiller et al., 2002). Такое большое количество «сотрудников» общественного здравоохранения свидетельствует о колоссальном потенциале общественного здравоохранения по улучшению здоровья населения, при условии, конечно, что все эти «сотрудники» получат соответствующую подготовку и полномочия (Sim, Lock et al., 2007).

Другие исследования распределения и количества кадров общественного здравоохранения на национальном и субнациональном (местном) уровнях были проведены в Нидерландах (Jambroes, Essink-Bot et al. 2012), Уэльсе (Barley 2010) и Швейцарии (Frank, Wehlfen et al., 2013). Инициативы по картированию кадров (изучения их количества и распределения) за пределами Европы были реализованы в Австралии, Канаде и Соединенных Штатах Америки. В данном случае, обмен знаниями и опытом, расширение взаимодействия между исследователями и институтами разных стран могли бы способствовать выявлению наилучших передовых практик и, в конечном итоге, более эффективному планированию кадровых ресурсов общественного здравоохранения.

Одним из возможных путей движения вперед в кадровом вопросе может быть количественная оценка не всех трех категорий работников сферы общественного здравоохранения, указанных выше (см. таблицу 15.1), а только первых двух. Полученные результаты можно было бы дополнить фактическими или оценочными данными о вакантных рабочих местах, чтобы определить степень соответствия потребностей в специалистах и предложениях на рынке труда. В дополнение к абсолютному числу работников в каждой категории возможно было бы представить и другую категоризацию, предполагающую выделение «универсальных специалистов», таких как лица, вырабатывающие политику, и специалисты по планированию здравоохранения, и «узких специалистов», таких, например, как диетологи или эксперты по борьбе с курением.

Развитие кадровых ресурсов общественного здравоохранения в Европе

Обеспечение наличия хорошо подготовленных кадров общественного здравоохранения было определено как одна из десяти приоритетных функций общественного здравоохранения или действий, предложенных Панамериканской организацией здравоохранения (ПАНО/ВОЗ 2002), а затем Европейским региональным бюро ВОЗ (2011). Развитие и укрепление кадровых ресурсов общественного здравоохранения требует не только четкого понимания задач отрасли, но также наличия эффективных образовательных учреждений и четко определенного набора компетенций сотрудников данной сферы. Однако в рамках проекта по оценке потенциала общественного здравоохранения государств-членов ЕС (ЕАНС 2009) 14 стран сообщили о том, что не имеют стратегии развития кадровых ресурсов общественного здравоохранения, а десять стран информировали, что стратегия лишь частично реализуется на местном уровне главным образом в рамках общей политики по кадровым ресурсам в области здравоохранения (Aluttis, Chiotan et al., 2013).

Подготовка работников сферы общественного здравоохранения в Европе

В Европейском регионе ВОЗ обучением специалистов в области здравоохранения по большей части занимаются медицинские образовательные учреждения, так как образование в данной части по-прежнему в значительной степени сосредоточено на медицинских и клинических аспектах. Хотя наличие достаточно большого количества хорошо подготовленных специалистов с медицинским образованием имеет решающее значение для эффективного функционирования систем здравоохранения, считается, что существует риск «чрезмерной медицинализации» сферы здоровья (Tulchinsky and Varavikova 2009). Во многих европейских странах дисбаланс между областью медицины и общественным здравоохранением отражается в различных уровнях заработной платы, а также в существенных отличиях научно-исследовательских и подготовительных программах.

Центральным элементом образования и, следовательно, подготовки кадров общественного здравоохранения в Европе являются школы общественного здравоохранения. Проблема дефиниций затрудняет задачи планирования кадров, а также усложняет задачу определения точного числа учебных заведений, предоставляющих обучение в области общественного здравоохранения в Европе. Вместе с тем Ассоциация школ общественного здравоохранения Европейского региона (ASPHER) в настоящее время насчитывает более 80 организаций, расположенных в 42 государствах-членах Европейского региона ВОЗ (ASPHER 2011). Кроме того, другие учебные заведения, занимающиеся вопросами гигиены, эпидемиологии, социальной медицины и других смежных дисциплин также вносят свой вклад в подготовку кадров общественного здравоохранения в Европе.

Государства Западной и Северной Европы, а также Соединенное Королевство стали первыми странами, которые ввели образование в области общественного здравоохранения, основанное на расширенной учебной программе, охватывающей основные области и навыки, необходимые специалистам общественного здравоохранения с использованием мультидисциплинарного подхода (Johnsen 2006, Strandberg-Larsen, Nielsen et al., 2007; Boyle 2011). В других странах как Западной, так и Восточной Европы продолжают развиваться образование и профессиональная подготовка в области общественного здравоохранения, при этом школы общественного здравоохранения в Соединенном Королевстве и США часто выступают в качестве образцовых моделей. Например, Франция создала Французскую школу передовых исследований в области общественного здравоохранения, в которой на английском языке предлагается магистерская программа в области общественного здравоохранения, основанная на «англо-саксонской» модели обучения в области общественного здравоохранения (Enserink 2008).

Другие страны следуют этому примеру, и появляется все большее количество образовательных программ в области общественного здравоохранения, в которых применяется мультидисциплинарный подход. Несмотря на такое развитие, образование в области общественного здравоохранения в Европе по-прежнему сильно различается. Медицинскую ориентацию общественного здравоохранения все ещё можно наблюдать во многих странах бывшего Советского Союза, таких как Азербайджан, Беларусь, Грузия, Кыргызстан и Таджикистан (Goodman, Overall et al., 2008; Richardson, Malakhova et al. 2008; Ibraimov, Ibrahimova et al. 2010; Khodjamurodov and Rechel 2010; Ibrahimova, Akkazieva et al., 2011). С учетом этого в 20 странах Центральной и Восточной Европы под руководством ASPHER был реализован проект по усилению потенциала кадровых ресурсов в области общественного здравоохранения путем повышения квалификации специалистов и совершенствования образования в области общественного здравоохранения с использованием современных учебных моделей, обновленных учебных планов и внедрения образовательных стандартов и критериев качества (Goodman, Overall et al., 2008). Поскольку во многих постсоветских странах наблюдается высокий уровень смертности от предотвратимых причин, а также недостаточная эффективность систем здравоохранения (Tulchinsky 2002), решение этих проблем должно быть сопряжено с усилением научного и образовательного потенциалов, что послужит весомым вкладом в эффективное решение этих проблем.

Одним из аспектов проблемы является то, что в странах Центральной и Восточной Европы обучение специалистов в области общественного здравоохранения традиционно подразделяется на изучение социальной медицины, гигиены и эпидемиологии, что, в свою очередь, влияет на организацию общественного здравоохранения и профессиональное развитие кадровых ресурсов в данной области. Тем не менее наблюдается тенденция к созданию единой специальности

в области общественного здравоохранения. Например, в этом направлении развивается Школа общественного здравоохранения Андрия Стампар в Хорватии. Присоединение к Европейскому союзу (ЕС) также привело к расширению международного сотрудничества в новых государствах-членах ЕС, и, как следствие, увеличению спроса на хорошо образованные кадры общественного здравоохранения, усилению обмена знаниями и повышению доступности известных школ общественного здравоохранения в западноевропейских странах. Тем не менее, по-прежнему существуют проблемы привлечения высококвалифицированных специалистов и нехватки хорошо оплачиваемых позиций для выпускников учебных заведений (Müller-Nordhorn, Holmberg et al., 2012).

Важно не только наличие и доступность образовательных программ в области общественного здравоохранения, но и их качество. До недавнего времени в Европе не существовало широко распространенного механизма обеспечения качества или системы аккредитации программ обучения в области общественного здравоохранения. С учетом этого факта и в свете Болонского процесса, направленного на гармонизацию высшего образования в Европе, консорциум европейских организаций, занимающихся общественным здравоохранением, включая ASPHER, Европейскую ассоциацию общественного здравоохранения (EUPHA), Европейский альянс общественного здравоохранения (EPHA), Европейскую ассоциацию по управлению здравоохранением (EHMA) и EuroHealthNet, учредил Агентство по аккредитации образовательных программ в сфере общественного здравоохранения в Европе (APHEA), которое занимается аккредитацией магистерских программ в области общественного здравоохранения и эквивалентных им программ (Otok, Levin et al., 2011). Создание этого агентства представляет собой важную веху в развитии образования в области общественного здравоохранения в Европе, поскольку оно направлено на улучшение качества и содействие учреждениям в повышении из рейтинга (Otok, Levin et al., 2011).

Также важными областями являются расширение обмена информацией между странами, выведение общественного здравоохранения на международный уровень и внедрение новых технологий, обеспечивающих дистанционное обучение и создание новых форм социальных сетей для специалистов общественного здравоохранения.

Основные компетенции общественного здравоохранения

Общественное здравоохранение находится в непрерывном развитии, что требует от специалистов постоянного повышения своего профессионального уровня (Biesma, Pavlova et al., 2008). ASPHER разработал список необходимых навыков, которыми должны обладать выпускники европейских школ общественного здравоохранения. Этот перечень является исчерпывающим и включает в себя владение научными методами в области общественного здравоохранения, знание о социальных, биологических, химических и физических факторах и здоровье, владение навыками в вопросах политики, организации, управления и экономики здравоохранения, укрепления здоровья и профилактики заболеваний, а также компетенции в дополнительных междисциплинарных темах, таких как разработка стратегии и этика общественного здравоохранения (Birt and Foldspang 2011).

Все чаще в целях содействия аккредитации кадровых ресурсов общественного здравоохранения разрабатываются и другие системы профессиональных компетенций. Например, в целях системного развития кадрового потенциала в области укрепления здоровья в рамках проекта ComPH, финансируемого Европейской комиссией, разработаны стандарты профессиональных компетенций, а также система аккредитации для программ укрепления здоровья, программ

образования и программ профессиональной подготовки (или переподготовки). Ожидается, что это укрепит кадровый потенциал и повысит эффективность общественного здравоохранения в Европе (Dempsey, Battel-Kirk et al., 2011). Другим примером является разработанная в Соединенном Королевстве программа «Основные навыки и карьера в области общественного здравоохранения», определяющая необходимые навыки каждого из девяти уровней карьеры в области общественного здравоохранения (Raо 2008). Эта рамочная программа служит инструментом для описания навыков и знаний, которыми должны обладать специалисты на разных этапах карьерного роста.

Хотя требуемые знания и навыки часто связаны непосредственно с общественным здравоохранением, не следует пренебрегать и более общими компетенциями. В своем исследовании о том, какие компетенции работодатели хотели бы видеть у выпускников, получивших образование в сфере общественного здравоохранения, Biesma и коллеги (Biesma, Pavlova et al.) обнаружили, что общие навыки (например навыки командной работы и коммуникаций) часто оцениваются как более важные, чем узкие компетенции в сфере общественного здравоохранения. Следовательно, при разработке и внедрении программ по подготовке кадров, следует предусмотреть включение и таких предметов.

Заключение

Несмотря на то, что оценка распределения и количественного состава кадровых ресурсов общественного здравоохранения в Европе сопряжена с трудностями, её важность для общества очевидна. Специалисты общественного здравоохранения, а также кадры в более широком понимании этой категории, вносят значительный вклад в функционирование систем здравоохранения и сохранение здоровья населения. Поэтому их роль должна быть признана официально, а сами они должны получить поддержку со стороны директивных органов. Поскольку большинство европейских стран по-прежнему придерживаются медицинской парадигмы с особым фокусом на лечении, а не на профилактике заболеваний, усилия по наращиванию большего акцента на вопросы общественного здравоохранения и развития кадровых ресурсов этой сферы положительно скажутся на системах здравоохранения. Данный подход мог бы вывести борьбу с причинами заболеваний на первый план. А если учитывать важность работы с социальными детерминантами здоровья (см. главу 11 «Работа с социальными детерминантами здоровья»), то важно продвигать мультидисциплинарный подход к развитию общественного здравоохранения, в котором особая роль отводится кадрам общественного здравоохранения в более широком понимании.

В целях эффективного решения задачи по укреплению и развитию кадровых ресурсов в будущих стратегиях в области здравоохранения (таких как политика Здоровье-2020 Европейского регионального бюро ВОЗ), европейскому сообществу общественного здравоохранения необходимо учесть ряд ключевых положений (вопросов). Среди них такие как: Кто входит в состав кадровых ресурсов общественного здравоохранения? Как эти люди способствуют достижению результатов в отношении здоровья? Где и как выполняют свои задачи, и обладают ли они соответствующими ресурсами и компетенциями для эффективной работы? Европейское сообщество общественного здравоохранения до сих пор пытается найти удовлетворительные ответы на эти и связанные с ними вопросы. Попытки оценить объем кадровых ресурсов общественного здравоохранения в Европе были сопряжены с рядом методологических трудностей для проведения достоверных количественных и качественных (характеристика функций) оценок кадрового потенциала. Кроме того, различия в понимании роли и значения термина «общественное

здравоохранение» и терминологии в данной области в Европе приводят к неоднозначности понятий, что затрудняет нахождение общеевропейского консенсуса.

Несмотря на эти трудности в определении концепции кадровых ресурсов в области общественного здравоохранения, в Европе наблюдаются обнадеживающие тенденции в этой области. Образование в сфере общественного здравоохранения было институционализировано, во всем Европейском регионе ВОЗ создаются школы общественного здравоохранения, которые предлагают программы профессиональной подготовки для немедицинского персонала и используют мультидисциплинарный подход в исследовательской и образовательной деятельности. Кроме того, определенные надежды возлагаются на созданное Агентство по аккредитации центров образования общественного здравоохранения в Европе, его деятельность должна привести к дальнейшей профессиональной специализации институтов общественного здравоохранения (www.aphea.net). Это может способствовать усилению признания и авторитета профессии специалиста в области общественного здравоохранения. Кроме того, были инициированы различные процессы по разработке перечней компетенций для специалистов в области общественного здравоохранения и укрепления здоровья с целью не только усовершенствовать их профессиональные знания и навыки, но и повысить их конкурентоспособность на рынке труда. По-видимому, сообщество общественного здравоохранения приходит к общему пониманию, что распределение и развитие кадровых ресурсов здравоохранения должно приобрести центральное положение в политике и планировании здравоохранения. Необходимо уделять повышенное внимание развитию потенциала работников здравоохранения на национальном и наднациональном уровнях. Новая европейская политика здравоохранения Европейского регионального бюро ВОЗ Здоровье-2020 уже учитывает эту проблему, утверждая, что укрепление потенциала кадровых ресурсов в области общественного здравоохранения необходимо в целях развития общественного здравоохранения в целом. Это может послужить стимулом для государств-членов и сообщества общественного здравоохранения уделять более пристальное внимание предпосылкам и методологиям эффективной оценки и развития кадровых ресурсов общественного здравоохранения в Европе. Следующим шагом может стать картирование существующих кадровых ресурсов общественного здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ, в том числе проведение оценки таких аспектов, как сочетание навыков, возможностей обучения, наличия вакантных должностей, текущих и будущих потребностей сферы общественного здравоохранения. В дальнейшем на основе регионального опыта также могут быть реализованы меры на страновом уровне для укрепления и поддержания кадровых ресурсов общественного здравоохранения.

Библиография

- Aluttis, C. A., C. Chiotan, M. Michelsen, C. Costongs and H. Brand on behalf of the Public Health Capacity Consortium (2013). Review of Public Health Capacity in the EU. Luxembourg, European Commission Directorate General for Health and Consumers. Association of Schools of Public Health in the European Region (ASPHER) (2011).
- About Aspher [http://www.aspher.org/index.php?site=about_aspher, по состоянию на 28 сентября 2018 г.].
- Barley, C. (2010). Public Health Workforce Mapping [<http://www.wales.nhs.uk/sitesplus/888/page/44414>, по состоянию на 29 сентября 2018 г.]. Cardiff, Public Health Wales.
- Beaglehole, R. and M. Dal Poz (2003). "Public health workforce: challenges and policy issues." *Human Resources for Health* 1(1): 4.

- Biesma, R. G., M. Pavlova, G. G. van Merode and W. Groot (2007). "Using conjoint analysis to estimate employers' preferences for key competences of master level Dutch graduates entering the public health field." *Economics of Education Review* 26: 375-386.
- Biesma, R. G., M. Pavlova, R. Vaatstra, G. van Merode, K. Czabanowska, T. Smith and W. Groot (2008). "Generic versus specific competencies of entry-level public health graduates: employers' perceptions in Poland, the UK, and the Netherlands." *Advances in Health Sciences Education* 13(3): 325-343.
- Birt, C. and A. Foldspang (2011). *European Core Competencies for Public Health Professionals (ECCPHP)*. ASPHER Publication No. 5.
- Boyle, S. (2011). "United Kingdom (England): health system review." *Health Systems in Transition* 13(1): 1-486.
- Dempsey, C., B. Battel-Kirk and M. M. Barry (2011). *The CompHP Core Competencies Framework for Health Promotion Handbook*. Paris, International Union of Health Promotion and Education.
- Department of Health (2001). *Report of the Chief Medical Officer's Project to Strengthen the Public Health Function*. London: Department of Health.
- Enserink, M. (2008). "Education: France launches public health school a l'Anglo- Saxonne." *Science* 319(5862): 397.
- Executive Agency for Health and Consumers (EAHC) (2009). Call for tender n° EAHC/2009/Health/05 concerning developing public health capacity [http://ec.europa.eu/eahc/documents/health/tenders/EAHC_H_05_TenderSpecificationsPublicHealthCapacity_EN.pdf, по состоянию на 29 сентября 2018г.].
- Foldspang, A. (2008). "Editorial: Developing the public health workforce in Europe: Association of Schools of Public Health in European Region (ASPHER)." *Journal of Public Health Policy* 1: 143-146.
- Frank, M., A. Weihofen, M. Duetz Schmucki and F. Paccaud (2013). *Public Health Workforce in Switzerland: A national census*.
- Gebbie, K., J. Merrill and H. Tison (2002). "The public health workforce." *Health Affairs* 21(6): 57-67.
- Goodman, J., J. Overall and T. Tulchinsky (2008). *Public Health Workforce Capacity Building: Lessons learned from "quality development of public health teaching programmes in Central and Eastern Europe"*. ASPHER Publication No. 3. Open Society Institute and ASPHER.
- Gotsadze, G., I. Chikovani, K. Gogvadze, D. Balabanova and M. McKee (2010). "Reforming sanitary-epidemiological service in Central and Eastern Europe and the former Soviet Union: an exploratory study." *BMC Public Health* 10: 440.
- Ibrahim ova, A., B. Akkazieva, A. Ibraimov, E. Manzhieva and B. Rechel (2011). "Kyrgyzstan: health system review." *Health Systems in Transition* 13(3): 1-152.
- Ibraimov, F., A. Ibrahimova, J. Kehler and E. Richardson (2010). "Azerbaijan: health system review." *Health Systems in Transition* 12(3): 1-117.
- Institute of Medicine (IOM) (2002). *Shaping the Future: Who will keep the public healthy? Educating public health professionals for the 21st century* [http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=10542&page=R1, по состоянию на 29 сентября 2018г.].
- Jambroes, M., M. L. Essink-Bot, T. Plochg and K. Stronks (2012). "Public healthcare occupations — insight into size and composition is limited." *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 156(31): A4529.
- Johnsen, J. R. (2006). *Health Systems in Transition: Norway*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Kaiser, S. and J. P. Mackenbach (2008). "Public health in eight European countries: an international comparison of terminology." *Public Health* 122(2): 211-216.
- Khodjamurodov, G. and B. Rechel (2010). "Tajikistan: health system review." *Health Systems in Transition* 12(2): 1-154.
- Maier, C. B. and J. M. M. Martin-Moreno (2010). "Quo vadis SANEPID? A cross-country analysis of public health reforms in 10 post-Soviet states." *Health Policy* 102(1): 18-25.
- McDaid, D., M. Wiley, A. Maresso and E. Mossialos (2009). "Ireland: health system review." *Health Systems in Transition* 11(4): 1-268.

- Muller-Nordhorn, J., C. Holmberg, K. G. Dokova, N. Milevska-Kostova, G. Chicin, T. Ulrichs, B. Rechel, S. N. Willich, J. Powles and P. Tinnemann (2012). "Perceived challenges to public health in Central and Eastern Europe: a qualitative analysis." *BMC Public Health* 12: 311.
- Otok, R., I. Levin, S. Sitko and A. Flahault (2011). "European accreditation of public health education." *Public Health Reviews* 33: 30-38.
- Paccaud, F. (2011). "Editorial: Educating and training the public health workforce." *European Journal of Public Health* 21(2): 137.
- PAHO/WHO (2002). *Public Health in the Americas: Conceptual renewal, performance assessment, and bases for action*. Washington, D.C., PAHO/WHO.
- Porter, D., Ed. (1994). *The History of Public Health and the Modern State*. Amsterdam: Editions Rodopi BV.
- Rao, M. (2008). *Public Health Skills and Career Framework* [<http://www.sph.nhs.uk/what-we-do/public-health-workforce/outcomes/public-health-skills-and-career-framework>, по состоянию на 29 сентября 2018г.]. London, Department of Health.
- Richardson, E., I. Malakhova, I. Novik and A. Famenka (2008). "Belarus: health system review." *Health Systems in Transition* 10(6): 1-118.
- Rotem, A., J. Walters and J. Dewdney (1995). "Editorial: The public health workforce education and training study." *Australian Journal of Public Health* 19(5): 437-438.
- Sim, F., K. Lock and M. McKee (2007). "Maximizing the contribution of the public health workforce: the English experience." *Bulletin of the World Health Organization* 85(12): 935-940.
- Sim, F., G. Schiller and R. Walters (2002). *Public Health Workforce Planning for London: Mapping the public healthfunction in London. A Report to the DHSC London* [http://www.lho.org.uk/Download/Public/8772/1/phwfreport_3.pdf, по состоянию на 29 сентября 2018г.]. London, Department of Health and Social Care.
- Strandberg-Larsen, M., M. B. Nielsen, S. Vallgarda, A. Krasnik, K. Vrangbmk and E. Mossialos (2007). "Denmark: health system review." *Health Systems in Transition* 9(6): 1-164.
- Tilson, H. and K M. Gebbie (2004). "The public health workforce." *Annual Review of Public Health* 25(1): 341-356.
- Tulchinsky, T. H. (2002). "Developing schools of public health in countries of Eastern Europe and the Commonwealth of Independent States." *Public Health Review* 30: 179-200.
- Tulchinsky, T. H. and E. A. Varavikova (2009). *The New Public Health*, 2nd edition. London, Elsevier Academic Press.
- Vuorenkoski, L., P. Mladovsky and E. Mossialos (2008). "Finland: health system review." *Health Systems in Transition* 10(4): 1-168.
- Walters, R., F. Sim and G. Schiller (2002). "Mapping the public health workforce I: a tool for classifying the public health workforce." *Public Health* 116: 201-206.
- Whitfield, M. (2004). "Public health job market." In *Employment in Public Health in Europe [Zatrudnienie w Zdrowiu Publicznym w Europie]*. K. Czabanowska and C. Wlodarczyk, Eds. Krakow, Jagiellonian University Press.
- World Health Organization (WHO) (2000). *The World Health Report, 2000* [<https://www.who.int/whr/2000/en/>, по состоянию на 15 ноября 2018 г.]. Geneva, WHO.
- WHO Regional Office for Europe (2011). *Strengthening Public Health Capacities and Services in Europe: A framework for action* [http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0008/147914/wd10E_StrengtheningPublicHealth_111348.pdf, по состоянию на 29 сентября 2018г.]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

глава 16

Развитие лидерства в общественном здравоохранении

*Elke Jakubowski, Liam Donaldson,
Jose M. Martin-Moreno*

Введение

Осуществление стратегического руководства в интересах здоровья и благосостояния населения является одной из десяти основных оперативных функций общественного здравоохранения (ОФЗ), определенных Европейским региональным бюро ВОЗ (см. главу 1 «Аспекты общественного здравоохранения: введение»). Лидерство в общественном здравоохранении представляет собой один из важнейших аспектов успешного управления в целях обеспечения здоровья и благосостояния (Kickbusch и Gleicher 2012). Однако понимание лидерства со временем эволюционировало в соответствии с масштабами и задачами общественного здравоохранения. Ранее связанное в нашем представлении с одним человеком, должностью или учреждением лидерство в этой сфере сегодня распределено между местными органами власти и сообществами, а также другими заинтересованными сторонами, объединенными на глобальном уровне посредством интернета и других современных средств коммуникации. В настоящее время лидерство в общественном здравоохранении принадлежит национальным и региональным министрам, отстаивающим законодательство о защите здоровья; местным сообществам, принимающим политику укрепления здоровья; а также Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), координирующей стандарты и политику для защиты и укрепления здоровья. Эту роль также могут выполнять премьер-министры и президенты, неправительственные организации (НПО), благотворительные организации и промышленные предприятия, уделяющие внимание проблемам общественного здравоохранения (ВОЗ 2012).

Итак, что же означает лидерство в общественном здравоохранении и какие формы оно может принимать? Как организовано лидерство, и каким образом можно укреплять и развивать его? В настоящей главе эти вопросы рассматриваются с европейской точки зрения.

Что представляет собой лидерство в общественном здравоохранении?

Исторические примеры лидеров общественного здравоохранения, которые содействовали существенному прогрессу и способствовали движению общественного здравоохранения в направлении фундаментальных ценностей и норм, дают нам возможность определить ключевые характеристики лидерства в данной сфере. Их имена обычно ассоциируются с инновационным мышлением или выдающейся смелостью в преодолении проблем, решительной оппозицией и отсут-

ствием систематически организованной системы общественного здравоохранения. Например, Флоренс Найтингейл (1820–1910 гг.) способствовала внедрению концепции профессиональной сестринской и больничной гигиены, а также стала пионером в области статистики. Она выступала за фундаментальную реформу медицинского обслуживания. Альберт Швейцер (1875–1965 гг.), доктор теологии и медицины, возглавлял борьбу против проказы в Африке, уделяя внимание социальной составляющей медицины. За эти заслуги он получил в 1952 г. Нобелевскую премию мира. Лидеры-ученые в общественном здравоохранении, такие как Луи Пастер (1822–1895 гг.) и Роберт Кох (1843–1910 гг.), способствовали существенному развитию микробиологии, в частности бактериологии, вопросов иммунизации и стерилизации. Рудольф Вирхов (1821–1892 гг.) внес существенный вклад в развитие знаний о патологии, прежде чем основать новую дисциплину — социальную медицину, отметив, что «медицина — это социальная наука, а политика — это не что иное, как медицина в больших масштабах» и что развитие населения требует «полной и неограниченной демократии» и «образования, свободы и процветания» (Brown and Fee 2006). Арчи Кокрейн (1909–1988 гг.) заложил основу для развития доказательной медицины, в которой подчеркивалась важность использования доказательств в медицинской практике и практике общественного здравоохранения и пропагандировалось применение рандомизированных контролируемых исследований в качестве «золотого стандарта». Хальфдан Малер (родился в 1923 г.), который занимал пост Генерального директора Всемирной организации здравоохранения три срока подряд, способствовал существенному развитию Организации в соответствии с тенденциями времени и формированию современного понимания общественного здравоохранения, которое было изложено в 1978 г. в Алма-Атинской декларации и легло в основу стратегии «Здоровье для всех».

Лидерство в общественном здравоохранении в Европе XIX и XX веков было связано с научными открытиями, прорывами в области знаний и масштабными политическими изменениями. С тех пор появились организованные системы общественного здравоохранения с более комплексной инфраструктурой управления и услуг. Эта эволюция систем привела к новому пониманию лидерства в общественном здравоохранении. Среди серии современных концептуализаций Rowitz (2009) связывает лидерство в данной сфере с приверженностью сообществу и ценностям, стойкостью и гибкостью, необходимыми для реализации видения в практические действия, а также способностью работать с другими людьми и следовать за кем-то, кто в конкретных условиях более эффективен. В подобном ключе Goodwin (2007) определяет лидерство в общественном здравоохранении как динамичный, основанный на отношениях процесс, который благодаря стратегическому видению создает условия для осуществления перемен и выстраивает эффективную сеть взаимоотношений для реализации проектов посредством слаженной командной работы с другими людьми. Расширяя эти понятия, Gray (2009) утверждает, что в XXI веке лидерство в общественном здравоохранении также должно формировать культуру.

Определения лидерства различны в различных секторах. В религиозной литературе оно обозначает способность привлекать последователей и оказывать влияние на других, а для делового мира — это умение объединять людей для достижения общих целей. В общественном здравоохранении существует значительное различие между лидерством и руководством. Лидерство — это видение и вдохновение, создание повестки, новаторство и противодействие статусу-кво. Напротив, руководство обычно имеет дело с администрированием и эффективной реализацией мер (таблица 16.1).

Таблица 16.1 Сопоставление лидерства и руководства

<i>Лидеры</i>	<i>Руководители</i>
• внедряют новшества	• администрируют
• ориентированы на людей	• ориентированы на системы и структуры
• внушают доверие	• ориентированы на контроль
• видят полную картину	• выделяют детали
• задают вопросы «что?» и «почему?»	• задают вопросы «как?» и «когда?»
• смотрят в сторону горизонта	• смотрят в сторону истоков
• бросают вызов статусу-кво (стремятся к переменам)	• принимают статус-кво
• делают правильные вещи	• делают вещи правильно
• направляют других людей	• руководят сотрудниками

В политике лидерство требует от человека навыков как в руководстве, так и в лидерстве. Политики действуют в рамках официальных полномочий и подотчетны своим избирателям. Они, как правило, придерживаются ценностей конкретных политических партий. Смогут ли они стать лидерами зависит от конкретных исторически сложившихся обстоятельств, связанных с их полномочиями.

Наконец, в контексте систем здравоохранения лидерство может быть концептуализировано как форма стратегического управления системой здравоохранения, определяемая как осторожное и ответственное распоряжение ресурсами, которые обеспечивают благосостояние людей (Travis, Egger et al., 2002). Согласно Travis и его коллегам стратегическое управление системой здравоохранения можно представить как единый комплекс шести ключевых функциональных областей, каждая из которых является неотъемлемой частью эффективного стратегического лидерства: формирование стратегической политики в области здравоохранения, оказание воздействия посредством официальных механизмов, сбор и использование информации, создание коалиций и эффективная коммуникация, поиск соответствия между стратегией и структурой, обеспечение прозрачности и подотчетности.

Однако хотя все эти концептуализации лидерства содержат важные идеи и отражают разные подходы, единое общепринятое определение лидерства в общественном здравоохранении отсутствует (Gill 2006). В данной главе ставится цель определить лидерство как преднамеренный целенаправленный процесс достижения основополагающего прогресса в общественном здравоохранении. Это никоим образом не ограничивается одним только сообществом представителей общественного здравоохранения, поскольку лидерство в данной сфере может работать и в других условиях и обстоятельствах, в том числе в гражданском обществе, политике, окружающей среде, промышленности, благотворительности или средствах массовой информации с использованием различных средств и инструментов.

Функции лидерства в общественном здравоохранении

Согласно функциональным областям, выделенным Travis (Travis, Egger et al., 2002), функции лидерства в общественном здравоохранении обычно предполагают принятие решений и преодоление проблем, прогнозирование и видение,

разработку стратегии и политики, обсуждение и защиту проектов, связанных со здоровьем, создание коалиций и работу с использованием социальных сетей. Рассмотрим эти функции по порядку.

Принятие решений и преодоление проблем

Быть лидером в общественном здравоохранении — это значит вдохновенно и творчески мыслить и действовать, часто в сложных ситуациях, требующих немедленного решения проблем, связанных со здоровьем населения. Это требует системного мышления, организаторских навыков и способности анализировать условия окружающей среды для оценки рисков и возможностей общественного здравоохранения. Особенно важно, чтобы лидеры в общественном здравоохранении понимали обширные экономический, политический и социальный контексты и их влияние на конкретную ситуацию. Например, глобальный финансово-экономический кризис, начавшийся в 2008 г., побудил некоторые европейские правительства, хотя и в небольших масштабах, попытаться защитить население от последствий экономических потрясений (вставка 16.1).

Существует также множество примеров нехватки лидерства. Некоторые правительства не смогли контролировать влияние текущего финансового кризиса на здоровье населения и, что ещё хуже, пытались отвлечь внимание от отчетов, демонстрировавших масштаб проблемы. Корь продолжает оставаться мировой проблемой, унося жизни людей, несмотря на наличие безопасной и эффективной вакцины, открытой и ставшей широкодоступной ещё более 40 лет назад (Foeye 2002). Другим примером коллективного несостоятельного лидерства в общественном здравоохранении является продолжающаяся мировая тенденция высокой заболеваемости сердечно-сосудистыми заболеваниями и преждевременной смертности от них, несмотря на исчерпывающее количество доказательств в пользу эффективности их профилактики (Beaglehole 2001). Во многих европейских странах также слабо развита антиалкогольная политика, обнажая неспособность органов

Вставка 16.1 Избранные стратегические меры стран Европы в ответ на экономический кризис

План социальной защиты для поддержки уязвимых групп населения в Италии

В Италии экономический кризис ускорил принятие в 2009 г. плана социальной защиты, ориентированного на малообеспеченные семьи и отдельных лиц. Меры включали создание гарантийного фонда для пар с новорожденными детьми, выдачу пособия на детей и субсидий на покупку молока и подгузников для новорожденных; субсидии на аренду жилья; отмену запланированного увеличения региональных железнодорожных тарифов; замораживание роста платы за проезд по автомагистралям для семей с низким доходом

Компенсация инфляции цен на продовольствие в Кыргызстане

В Кыргызстане в 2009 г. правительство отреагировало на экономический кризис введением программ обеспечения питанием и финансовой поддержки для малообеспеченных и других уязвимых групп населения, включая беременных женщин и детей в возрасте до пяти лет. Меры были приняты в связи с признанием существенной инфляции цен на продовольствие в Кыргызстане в прошлом, составившей 32% в 2007 г. и превысившей подобные показатели во всем Европейском регионе ВОЗ.

Источник: ВОЗ (2009)

власти решить вопросы физической и финансовой доступности алкоголя и вопросов его потребления, при этом, как утверждалось в Соединенном Королевстве (Nutt, King et al., 2010), воздействие алкоголя на общество имеет куда более негативные последствия, чем потребление героина, кокаина или табака. Этот случай иллюстрирует ситуацию, в которой «основной убийца» может быть оставлен без внимания из-за интересов других государственных департаментов, ответственных за торговлю и промышленность. Лидерство в общественном здравоохранении в этих случаях требует преодоления сопротивления не только многонациональных компаний, но и правительственных ведомств (см. главу 12 «Межсекторальная работа и учет интересов здоровья во всех направлениях политики»).

Для общественности, как правило, наиболее очевидно и наглядно роль лидерства в общественном здравоохранении проявляется в периоды кризисов, хотя, как ни странно, эффективное лидерство как раз должно предотвращать развитие кризисных ситуаций, а такая роль лидерства по природе своей незаметна. В тех случаях, когда бедствия нельзя избежать, лидеры должны противостоять ему и предотвратить более масштабную катастрофу. Тем не менее кризисы общественного здравоохранения часто характеризуются неопределенностью в отношении рисков для здоровья, масштабов проблемы и потенциального воздействия на население. В таких ситуациях принятие решений требует тщательного анализа имеющейся информации, в том числе информации о возможных сценариях действий.

Прогнозирование и видение

Проблемы со здоровьем населения часто многогранны и имеют глубокие корни, поэтому их решение требует реализации сильной политики в области здравоохранения. Поэтому четкое видение, опирающееся на прогнозирование, и способность транслировать его в эффективные и своевременные действия, является неотъемлемой сложной составляющей лидерства в общественном здравоохранении, поскольку будущее всегда в некоторой степени непредсказуемо. Кроме того, изменения, особенно такие, которые несомненно приведут к нарушению удобного или выгодного для какой-либо из сторон статус-кво, могут встретить сопротивление со стороны многих участников. Для эффективного прогнозирования нужно уметь извлекать уроки из прошлого, получать широкую социальную поддержку и сводить к минимуму неизвестные аспекты путем наиболее эффективного использования доступных данных и инструментов прогнозирования.

Иногда неудачное прогнозирование проблем приводило к принятию целенаправленных мер по созданию сильного лидерства в общественном здравоохранении. Одним из примеров является аномальная жара в 2003 г., в результате которой в Европе умерло около 30 000 человек. В то время как Португалия была хорошо подготовлена и сумела предотвратить худшие последствия данного явления, другие европейские страны, такие как Франция, оказались к этому не готовы. Этот случай стимулировал совершенствование планирования готовности к экстремальным погодным явлениям в Европе и продемонстрировал готовность лидеров в общественном здравоохранении учиться на прошлых ошибках (вставка 16.2).

Неспособность решить основные проблемы общественного здравоохранения и предсказать ущерб, который они могут нанести, часто связана с неспособностью противодействовать мощным силам, например корыстным интересам многонациональных компаний. В истории борьбы с табакокурением имеется достаточное количество таких примеров. В 1950-х и 1960-х гг. пагубное влияние курения на здоровье было в значительной степени недооценено. В 1954 г. сотрудник Национального института онкологии США утверждал, что «если чрезмерное курение и влияет на развитие рака легких, то незначительно» (Foeger 2002), а в 1963 г.

Вставка 16.2 Примеры управления при экстремально высоких температурах в 2003 г.**Франция**

В августе 2003 г. в течение более двух недель в большинстве районов Франции наблюдалась рекордно высокая температура. В период с 1 по 20 августа было зарегистрировано увеличение количества случаев смерти на 15 000, многие из умерших были пожилыми пациентами, находившимися в учреждениях длительного пребывания и психиатрических больницах. В связи с критикой СМИ органов власти разразился политический кризис, в результате которого Генеральный директор по вопросам здравоохранения ушел в отставку. Ретроспективный анализ ситуации выявил ряд ошибок в стратегическом лидерстве:

1. Фактор неожиданности: властям потребовалось пять дней, чтобы осознать, что экстремальная жара привела к увеличению заболеваемости и смертности.
2. Недостаточность информирования: в большинстве газет не распространялось предупреждение о высоких ночных температурах, а национальные органы надзора своевременно не сообщали о повышении уровня смертности из-за неподготовленности к экстремальным погодным явлениям.
3. Неосведомленность о риске: в ходе общенационального совещания по вопросам риска для здоровья, проведенного незадолго до наступления лета, экстремальные погодные явления не рассматривались как потенциальная угроза для здоровья.
4. Отсутствие эффективных мер реагирования: большинство государственных учреждений не имели систем кондиционирования воздуха, не прилагались систематические усилия по подготовке медицинских работников и консультированию общественности по вопросам гидратации и охлаждения. Поскольку власти не были готовы к экстремальной жаре, роли служб общественного здравоохранения, больниц, врачей общей практики, военных и НПО не были четко прописаны для решения этой проблемы.
5. Нарушение коммуникации о рисках: в тот период многие должностные лица здравоохранения были в отпуске, в итоге было только незначительное количество сообщений с информацией и рекомендациями действий.

Португалия

Ситуация в Португалии сильно отличалась, поскольку здесь индикатор для оповещения о чрезвычайной ситуации в области здравоохранения был введен ещё в 1998 г. В 2003 г. были выпущены три предупреждения о предстоящей аномальной жаре, после которых в течение первых 24 часов был подготовлен официальный доклад для региональных органов здравоохранения и сообщества медицинских работников. Информация для медицинских работников и общественности также была размещена в интернете, создана круглосуточная горячая телефонная линия служб общественного здравоохранения. Также была создана система мониторинга количества проведенных в больницах консультаций и смертельных случаев за сутки. Результаты показали, что с 1 июня по 30 сентября 2003 г. количество проведенных консультаций увеличилось на 40%, а количество случаев смерти увеличилось на 6%, особенно среди людей старше 75 лет. Увеличение смертности привело к разработке плана совместного обеспечения готовности органов здравоохранения, служб здравоохранения, социальных служб и служб гражданской защиты. Среди новых инициатив были также система надзорного скрининга повседневных чрезвычайных ситуаций, совершенствование национального мониторинга смертности, а также упрощенная система более оперативного обмена информацией.

Источник: ВОЗ (2004а)

хирург даже сообщил газете Newsweek, что «на большинство людей курение оказывает благотворное влияние» (Foege, 2002). После того как риски, связанные с курением, стали очевидными для медицинского сообщества, табачная промышленность инвестировала огромные ресурсы и усилия для введения общественности в заблуждение, скрывая факты и оказывая давление на правительства, представляя ужасные прогнозы экономического бедствия, которое может вызвать введение антитабачного законодательства (Diethelm and McKee 2009). Понадобились десятилетия упорного лоббирования со стороны специалистов в области здравоохранения и НПО с использованием неопровержимых научных данных о вреде табака, чтобы правительства начали применять все более строгие меры по защите здоровья населения. Однако многим европейским странам ещё предстоит пройти долгий путь, так как (они) все ещё отстают от мировых лидеров, таких как Австралия, которая уже ввела унифицированные пачки для сигарет.

Случай с табаком иллюстрирует, что иногда наличие доказательств не означает принятие соответствующих мер. Другими примерами являются смертность пожилых людей бедных слоев населения в Англии, которые не могут позволить себе расходы на отопление, или смертность среди пожилых людей по всей Европе из-за предотвратимых падений. В таких случаях лидерство в общественном здравоохранении должно опираться на понятия солидарности и интеграции.

Технический потенциал методов прогнозирования достиг огромного прогресса. Клинические данные могут быть связаны с демографическими данными и системой мониторинга факторов риска (данными эпиднадзора), позволяя прогнозировать уровни заболеваемости и смертности, обусловленные основными заболеваниями (Foege 2002). Для оценки краткосрочных рисков для здоровья можно использовать данные прогноза погоды, мониторинга трафика и прогноза загрязнения, а для прогнозирования распространения инфекционных заболеваний можно использовать информацию о передвижении отдельных групп населения, например данных о передвижении общественного транспорта, автомобильных и воздушных перевозках. Эти инструменты обладают огромным потенциалом для оказания помощи лидерам в прогнозировании потребностей в области здравоохранения в будущем, но они же и значительно усложняют сам процесс, предъявляя особые требования к эффективному и разумному использованию расчетных данных (см. главу 3 «Мониторинг состояния здоровья населения»).

Формирование перспективного видения является неотъемлемой частью эффективного лидерства в общественном здравоохранении. Оно требует эффективных коммуникационных качеств, должно быть основано на доверии, достоверной информации и общих ценностях. Приверженность принципам и четкость изложения помогут мотивировать, привлечь и вдохновить людей и создать общий вектор для достижения целей общественного здравоохранения, даже если они предполагают трудности и неопределенности. Тщательный анализ прошлого опыта и текущих рисков и возможностей позволит лидерам общественного здравоохранения качественно подготовиться к будущим потребностям в области охраны здоровья и обеспечить оперативное реагирование на внезапные угрозы (Goodwin 2007).

Разработка стратегии и политики

Разработка стратегии и политики включает в себя основной набор мероприятий в общественном здравоохранении, в том числе оценку потребностей населения в области здравоохранения, расстановку приоритетов для удовлетворения этих потребностей на основе имеющихся ресурсов и возможностей, защиту общественного здравоохранения от требований, связанных с другими приоритетами, а также содействие разработке политики и законодательства в области здравооо-

ранения. Определение стратегического направления для систем здравоохранения в целом является одной из важнейших обязанностей лидеров современного общественного здравоохранения (Beaglehole, Vonita et al., 2004). Для этого необходимо межсекторальное взаимодействие для «демонстрации» другим секторам преимуществ укрепления здоровья и благополучия (см. главу 12 «Межсекторальная работа и учет интересов здоровья во всех направлениях политики»).

Стратегии здравоохранения являются важными инструментами для формулирования стратегических целей и задач в области здравоохранения, общих и единых с другими заинтересованными сторонами. В рамках стратегий можно согласовать цели по улучшению здоровья населения, создать финансовые и технические обязательства для достижения целей в отношении здоровья и системы здравоохранения, а также определить подотчетность по выполнению данных обязательств. Лидерство в общественном здравоохранении проявляется в формулировании амбициозных, но достижимых стратегических целей и задач. Новая политика в области здравоохранения Здоровье-2020, разработанная Европейским региональным бюро ВОЗ, представляет собой стратегическую основу для Европейского региона ВОЗ. Некоторые примеры национальных стратегий в области здравоохранения в отдельных европейских странах представлены во вставке 16.3.

Вставка 16.3 Примеры стратегий национального здравоохранения в отдельных странах Европы

Национальная стратегия по сокращению социального неравенства в отношении здоровья в Норвегии

Эта стратегия была принята в 2007 г. Она являлась частью комплексной государственной политики по сокращению социального неравенства, усилению интеграции и борьбе с нищетой. В стратегии выделены четыре приоритетные области: сокращение социального неравенства, способствующего неравенству в отношении здоровья; сокращение социального неравенства в отношении поведения, связанного со здоровьем, и использование медицинских услуг; целевые инициативы по содействию социальной интеграции; развитие знаний и межсекторальных инструментов.

Национальный план здравоохранения Эстонии на 2009–2020 гг.

Национальный план здравоохранения Эстонии на период с 2009 по 2020 г. представляет собой комплексную национальную стратегию здравоохранения, общая цель которой состоит в увеличении ожидаемой продолжительности здоровой жизни до 65 лет для женщин и до 60 лет для мужчин, а также увеличении ожидаемой продолжительности жизни до 84 лет для женщин и до 75 лет для мужчин. В плане определены действия в пяти различных областях: социальная сплоченность, здоровье детей и молодежи, окружающая среда, здоровый образ жизни и здравоохранение. В целях мониторинга прогресса были определены показатели эффективности и целевые показатели для последовательных четырехлетних циклов до 2020 г. Этот план представляет собой основу для различных ранее существовавших стратегий и программ в области здоровья населения и предусматривает ряд новых действий для достижения определенных целей.

Португальский национальный план здравоохранения на 2004–2010 гг.

В португальском национальном плане здравоохранения на 2004–2010 г. изложены основные принципы и стратегии, способствующие улучшению состояния здоровья населения Португалии в этот период. Основной стратегической целью плана было достижение задач в области здравоохранения с особым акцентом на мероприятия по укреплению здоровья, профилак-

тике заболеваний и комплексном управлении заболеваниями. Приоритетными направлениями плана были четыре национальные программы здравоохранения: в области сердечно-сосудистых заболеваний, онкологических заболеваний, ВИЧ/СПИДа и психического здоровья. Кроме того, план был нацелен на интеграцию ещё 18 национальных программ в области здравоохранения посредством более эффективного лечения хронических заболеваний и укрепления здоровья в конкретных условиях, например в школах, на рабочем месте и в тюрьмах.

Стратегия справедливости в отношении здоровья в Финляндии

В 2007 г. Финляндия приняла межправительственную стратегию и план действий по обеспечению справедливости в отношении здоровья. Стратегия была разработана межсекторальным национальным комитетом общественного здравоохранения, подведомственными Министерству здравоохранения учреждениями и в тесном сотрудничестве с муниципалитетами, которые играют важную роль в предоставлении медицинских услуг в децентрализованной системе здравоохранения Финляндии. Стратегия справедливости в отношении здоровья основывалась на центральной теме председательства Финляндии в ЕС во второй половине 2006 г. — повестке учета интересов здоровья во всех направлениях политики (ВОЗ 2007).

Национальные политики в области здравоохранения в Англии

В Англии национальные стратегии и политики в области здравоохранения используются с начала 90-х г. Первой из них была «Здоровье нации — стратегия для Англии», выпущенная в 1992 г. после публикации ВОЗ политики «Здоровье для всех к 2000 году». Эта стратегия включает национальные действия в пяти приоритетных областях (ишемическая болезнь сердца и инсульт, онкологические заболевания, психическое здоровье, ВИЧ/СПИД и сексуальное здоровье и несчастные случаи) и в отношении 27 связанных целевых показателей улучшения здоровья населения. Данная политика стала основным руководством по планированию работы служб здравоохранения в рамках Английской национальной службы здравоохранения (NHS).

В 1999 г. эта политика была заменена правительственным планом действий «За более здоровую нацию», нацеленного на улучшение здоровья с акцентом на нужды наиболее обделенных социальных групп. План содержал ряд целей, направленных на снижение бремени от четырех основных причин смерти в Англии: онкологических заболеваний, ишемической болезни сердца и инсульта, несчастных случаев и плохого психического здоровья.

Последующая национальная политика в области здравоохранения «Выбираем здоровье – содействие выбору здорового образа жизни» была запущена в 2004 г. В ней описывался двухкомпонентный подход к улучшению здоровья и решению проблем неравенства в отношении здоровья: оказание помощи в принятии более здорового выбора, чтобы защитить здоровье людей от негативного влияния от действия других; признание особых потребностей, а также необходимости эмоционального и физического развития молодежи.

Коммуникация и пропаганда здоровья

Коммуникация связывает научные данные, практику общественного здравоохранения и людей и является одной из важнейших функций лидерства. Опираясь на цели улучшения здоровья населения посредством профилактики заболеваний и укрепления здоровья, эффективная коммуникация в общественном здравоохранении глубоко затрагивает личные интересы людей, помогая им осознать сложные сообщения и плохие новости (Gray 2009).

В чрезвычайных ситуациях в общественном здравоохранении посредством коммуникации должна быть охвачена и распространена ключевая информация, необходимая для укрепления общественного доверия, определения личных действий и оказания влияния на развитие событий. Абсолютно необходима прозрачность; малейшее подозрение в том, что информация не разглашается, может подорвать авторитет лидеров общественного здравоохранения и доверие к ним (ВОЗ 2004b). К сожалению, часто легче сказать о соблюдении прозрачности и донесении актуальной информации, чем сделать это возможным, особенно в случае быстро развивающихся чрезвычайных ситуаций в области здравоохранения, когда достоверных данных недостаточно, а дезинформация распространяется быстро. Вспышка гриппа H1N1 в 2009 г. выявила большое количество недостатков, сохранившихся в стратегиях коммуникации в общественном здравоохранении до XXI века. Сенсационный 24-часовой цикл новостей в сочетании с большим количеством дезинформации в интернете и в социальных сетях способствовал противоречивому восприятию ситуации, от паники до отрицания (Henrich and Holmes 2011).

Очевидно, что коммуникация в общественном здравоохранении должна извлечь уроки из этого опыта. Крайне важно привлечь ключевые заинтересованные стороны (включая работников учреждений первичной медико-санитарной помощи, промышленности, СМИ и интернет), разработать всеобъемлющие и согласованные сообщения и разработать инновационные инструменты коммуникации в сфере здравоохранения, отвечающие его современным потребностям. Это относится не только к чрезвычайным ситуациям в общественном здравоохранении, связанным с инфекционными заболеваниями, но и к более медленно развивающимся угрозам общественному здоровью, таким как эпидемия хронических заболеваний.

Создание коалиций и социальных сетей

Эффективные лидеры в области общественного здравоохранения должны не только работать в своих организациях, но и стремиться развивать и расширять сети взаимодействия между секторами, разрешая конфликты интересов там, где они возникают. Создание коалиций и сетей взаимодействия может охватывать такие сектора, как розничная торговля, производство, образование, туризм, здравоохранение и социальная помощь. Конечная цель — мобилизовать финансовые, интеллектуальные или людские ресурсы для общественного здравоохранения, в том числе посредством действия в других секторах.

Введение в Ирландии в 2004 г. законодательства, регулирующего создание свободных от курения общественных и рабочих мест (вставка 16.4), представляет собой пример лидерства в общественном здравоохранении, которое благодаря сильной коалиции с различными политическими и профессиональными кругами, включая политиков, общественность и средства массовой информации, эффективно противостояло сильной оппозиции в лице гостиничного бизнеса и табачной промышленности.

Создание коалиций, альянсов и сетей взаимодействия является важнейшей предпосылкой для достижения целей общественного здравоохранения, хотя часто это требует принятия компромиссных решений. Одно из таких решений связано с вопросами распределения ресурсов. Лидеры, занимающие высокие посты в сфере здравоохранения, часто в рамках своей деятельности в значительной степени контролируют ресурсы, необходимые для фундаментальных изменений. В некоторых случаях приходится приносить в жертву такое право, так как в рамках коалиции принимают совместные решения о политике и распределении ресур-

Вставка 16.4 Рабочие места для некурящих в Ирландии

29 марта 2004 г. Ирландия стала одной из первых европейских стран, принявших законодательство о запрете курения на рабочем месте. Путь данному закону проложили два национальных стратегических документа, первый – об обществе, сводобном от курения (2000 г.), а второй — о вредном воздействии пассивного курения (2003 г.). Стратегические документы получили широкую огласку и активно обсуждались в академическом, гражданском и политическом кругах. Министр здравоохранения сделал проблему табакокурения приоритетной и активно включился в дебаты. Законодательная инициатива по запрету курения на рабочих местах получила поддержку со стороны широкой общественности, политических партий, представленных в парламенте, и НПО. Этот эффективный союз защитников получил широкую поддержку и способствовал проведению кампании СМИ против табакокурения на рабочих местах. Подготовка законопроекта активно поддерживалась обществом, что постепенно ослабляло силу оппонентов, в основном представителей гостиничного бизнеса и табачной промышленности. Важным фактором успеха при принятии законодательства стала научно обоснованная и единообразная информационная кампания о том, что работники должны быть защищены от пассивного курения. Прогресс, достигнутый в Ирландии, оказал сильное влияние на борьбу с табакокурением за пределами её национальных границ, поскольку продемонстрировал, каких успехов можно достичь.

Источник: ВОЗ (2005)

сов (Goodwin 2007). Особенно сложно бывает достичь баланса в вопросах прав и ответственности, распределения ресурсов, подотчетности и реализации мер.

Формы лидерства в общественном здравоохранении

В общественном здравоохранении можно выделить несколько форм лидерства. Его различные формы не исключают друг друга, и, в конечном счете, преобладают смешанные формы: например, когда организационный и административный аппарат поддерживают руководящего сотрудника сферы здравоохранения, или когда здоровые города образуют международную сеть сотрудничества. Лидерство на национальном или межправительственном уровне в Европе также свидетельствует о преобладании его смешанных форм.

Индивидуальное лидерство

Индивидуальное лидерство связано с конкретным человеком; его успех зависит от правильного сочетания личных качеств, профессиональных навыков и опыта. Лидеры-личности активно и целенаправленно инициируют развитие общественного здравоохранения. Хотя каждый из них использует свой стиль и методы лидерства, некоторые принципы работы и навыки, похоже, являются общими составляющими успеха. К ним относятся приверженность делу, честность и преданность ценностям и принципам общественного здравоохранения, подкрепленные твердыми, но прагматичными знаниями практики в этой области. Способность прогнозировать, креативность и открытость к инновационным решениям помогают определить проблемы общественного здравоохранения в будущем и инструменты, необходимые для их решения. Наконец, опыт, мудрость, мужество и навыки работы с людьми помогают лидерам общественного здравоохранения вовлекать и наделять полномочиями других людей для выполнения общей миссии (Rowitz 2009).

Организационное лидерство

Организационное лидерство также зависит от эффективности процессов и отношений. Однако, в отличие от индивидуального лидерства, оно действует в пределах организации и опирается на нее. Иногда организационное лидерство включает в себя команды лидеров, эффективно работающие в рамках организации. Такой подход подразумевает развитие и поддержание межличностных отношений внутри и за пределами организации, уточнение плана изменений и создание атмосферы доверия (Goodwin 2007).

Лидерство на уровне сообществ

Лидерство на уровне сообществ в значительной степени зависит от способности распознавать и представлять мнения и потребности местных жителей и организаций и действовать с учетом их мнений и потребностей. Это касается моделей лидерства на местном уровне, которые часто используют межсекторальный, а иногда и комплексный подход к местным политикам и услугам. Их интересы близки потребностям и интересам людей, которым они служат. Примером лидерства на уровне сообществ в области общественного здравоохранения может служить глобальное движение «Здоровые города», которое способствует решению таких городских проблем, влияющих на здоровье населения, как загрязнение выхлопными газами, шум, насилие, социальная изоляция, травмы, алкоголизм и наркомания. В Европейском регионе ВОЗ национальные сети здоровых городов включают более 1400 городов и поселков.

Лидерство на основе сотрудничества

Модели лидерства на основе сотрудничества базируются на официально организованных сетях и партнерствах. В зависимости от характера их обязательств они могут предоставлять доступ к информации и ресурсам или служить инициаторами ограничений. Успешное совместное лидерство ведет к увеличению ресурсов и сокращению ограничений через создание сетей и совместную работу (Goodwin 2007). Исследование органов здравоохранения в Соединенном Королевстве показало, что лидерство на основе сотрудничества требует таких же навыков межличностного общения, как и организационное лидерство, включая навыки эффективного общения и слушания, убеждения и способности строить долгосрочные отношения (Ferlie and Pettigrew, 1996).

Важно также отметить, что совместное и организационное лидерство зачастую достигают максимальных успехов, если конкретная инициатива не связана с конкретной личностью. Различные организации работают над достижением общей цели «на заднем плане», не отождествляясь с каким-либо конкретным человеком, поскольку это может быть контрпродуктивным. Одним из примеров такой совместной или организационной инициативы является инициатива text4baby (www.text4baby.org) в Соединенных Штатах, предназначенная для предоставления бесплатных информационных текстовых сообщений будущим матерям, которая с момента своего запуска в 2010 г. собрала более 500 частных и общественных партнеров.

Организация лидерства в общественном здравоохранении в Европе

Национальный уровень

Разнообразие систем здравоохранения в Европе распространяется и на организацию лидерства в общественном здравоохранении на национальном уровне (см. главу 14 «Организация и финансирование общественного здравоохранения»).

ния»). Политики определяют приоритет здоровья на уровне правительства и распределяют ответственность между секторами. Довольно часто эта ответственность является расплывчатой. Существует компромисс между политическим участием и независимостью; организации общественного здравоохранения, имеющие тесные связи с министрами, получают преимущества, что позволяет им выражать мнение в кабинете министров. Однако существуют и недостатки, такие как политическая приоритизация корыстных интересов, например табачная и алкогольная промышленность, особенно если они имеют влияние высокого уровня. По этой причине НПО и средства массовой информации играют важную роль, содействуя прозрачности и ответственности в решениях правительства.

Еще одна важная роль лидерства (как в политическом, так и в техническом отношении) — это должность главного медицинского специалиста или генерального директора по вопросам здравоохранения. Эта роль наиболее развита в четырех странах Соединенного Королевства. В Англии главный медицинский специалист является главным медицинским советником правительства, а также возглавляет профессиональное медицинское сообщество. В большинстве других стран Европейского союза (ЕС) главный медицинский специалист или аналог этой должности имеет совершенно другие полномочия (Jakubowski, Martin-Moreno et al., 2010). Разнообразие организационных структур и полномочий в Европе означает, что ответственность и роль этих должностей сильно различаются. Их задачи могут быть ограничены осуществлением надзора за инфекционными заболеваниями, как, например, в Австрии и Германии, или распространяются на контроль инфекционных и неинфекционных заболеваний, реагирование на эпидемии и кризисы, а также реализацию Международных медико-санитарных правил. Общей проблемой данных должностей является их медицинская составляющая, что может отвлекать внимание от детерминант здоровья более высокого уровня.

Международный уровень

В последние годы плоскость лидерства в международном общественном здравоохранении резко изменилась. Гуманитарные настороженности в отношении здоровья бедных, страх распространения пандемий и признание здоровья в качестве ключевого фактора экономического роста поставили здоровье в международной политической повестке выше, чем когда-либо прежде. С повышением признания здоровья появилось как много возможностей, так и много проблем. По всему миру, в том числе в Европе, за последние четыре десятилетия в дополнение к ВОЗ появилось много новых различных партнеров в общественном здравоохранении, в том числе: организации ЕС, в частности Европейская комиссия и Европейский центр по контролю за заболеваниями (ECDC); организации ООН, такие как Международный чрезвычайный детский фонд Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ), Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДУ (ЮНЭЙДС) и Программа развития Организации Объединенных Наций (ПРООН); а также в последнее время Организация экономического сотрудничества и развития (ОЭСР), Глобальный альянс по вакцинам и иммунизации (GAVI) и Глобальный фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией. Несколько председательств в ЕС значительно продвинули тематику общественного здравоохранения в повестке Европейского региона, а форумы, как например Европейский форум по здравоохранению в Гаштайне, помогли определить приоритеты. Существуют также европейские сети, которые облегчают обмен информацией о лидерстве в общественном здравоохранении, например Группы высокого уровня, возглавляемые Европейской комиссией (по службам здравоохранения и медицинскому обслуживанию, а также по питанию и физической активности), или евро-

пейская сеть по вопросам алкогольной политики [<http://alcoholpolicynetwork.eu/>]. Возросла также роль частного сектора и гражданского общества. Поскольку финансирование поступает из большого количества различных, зачастую нескоординированных источников, оно распределяется неравномерно между приоритетами здравоохранения и странами, что значительно увеличивает потребность в лидерстве и координации (см. главу 14 «Организация и финансирование общественного здравоохранения»). Несмотря на то, что здравоохранению стало уделяться больше внимания, международное сотрудничество в области здравоохранения стало более фрагментарным, что предъявляет новые требования к лидерству в общественном здравоохранении на международном уровне.

Формирование, укрепление и развитие лидерства в общественном здравоохранении

Эффективное осуществление, укрепление и развитие лидерства, обеспечивающего четкое видение общественного здравоохранения, сопряжено с преодолением многочисленных препятствий. Несмотря на то, что многие лидеры общественного здравоохранения выходят из сферы общественного здравоохранения, эти учреждения часто не способны нанимать и удерживать более талантливых лидеров, отчасти из-за низкого уровня оплаты труда. Используемые схемы обучения часто не способствуют развитию лидерства (McKee 2013). Лидерство в общественном здравоохранении также может быть ограничено условиями иерархии, нормами и правилами организаций. Кроме того, увеличивается потребность в развитии лидерства в границах организаций и избирательных округов.

Лидерам общественного здравоохранения приходится вести переговоры с влиятельными министерствами и другими заинтересованными сторонами, для которых часто мотивационным фактором являются собственные сильные интересы. Политическое лидерство в общественном здравоохранении может быть ограничено желанием политиков переизбираться, соответствовать повесткам их политических партий и угодить краткосрочным пожеланиям электората, которые могут противоречить долгосрочным интересам здоровья населения. В силу этого рискованно полагаться только на политическое лидерство в общественном здравоохранении, особенно с учетом краткосрочного характера политических позиций.

Укрепление лидерства в общественном здравоохранении требует более систематического подхода, такого как включение в программу обучения специалистов общественного здравоохранения вопросов лидерства (Rowitz 2009). В ходе такой программы подготовки внимание должно уделяться навыкам межличностного лидерства, а также сетевым и системным стратегиям (Goodwin 2007). Обучение должно основываться на практическом опыте и привлекать специалистов, работающих как в сфере здравоохранения, так и за её пределами на местном, национальном и международном уровнях. Оно должно охватывать межорганизационное формирование команд, разработку местной стратегии, индивидуальный и командный коучинг, а также привлечение лидеров общественного здравоохранения (Goodwin 2007). Программы обучения и повышения квалификации также могут более эффективно использовать потенциал существующих форумов, таких как Форумы будущего ВОЗ, Европейский форум здравоохранения в Гаштайне и Летнюю школу Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения.

Существует целый ряд дополнительных возможностей для укрепления лидерства в области общественного здравоохранения в Европе (таблица 16.2).

Таблица 16.2 Стратегии укрепления лидерства в общественном здравоохранении

<i>Область деятельности (и основные задействованные стороны)</i>	<i>Варианты политики</i>
Распространение практики лидерства в общественном здравоохранении на национальном и европейском уровне (ВОЗ, ЕС, национальные правительства, НПО)	Создание сетей лидерства в общественном здравоохранении внутри страны и между странами Анализ влияния институциональной политики и законодательства на развитие и поддержку или подавление лидерства Внедрение практики обзоров лидерства, в том числе в других секторах Определение лидерских ролей и моделей для стимулирования эффективности Распространение успешных практик лидерства
Мобилизация людских и финансовых ресурсов (национальные правительства, министерства здравоохранения)	Создание спонсорских моделей (схем) и сетей Создание группы лидеров общественного здравоохранения Обзор практики найма, особенно в государственном секторе
Усовершенствование необходимых составляющих лидерства в рамках организаций (национальных правительств, организаций в государственном и частном секторах)	Уточнение ролей руководителей, лидеров, политиков и администраторов Рассмотрение организационных правил с точки зрения подавления лидерства или поддержки его Распространение стратегий привлечения наиболее эффективных лидеров
Продвижение исследований в области политики (ВОЗ, ЕС, национальные правительства, министерства здравоохранения, организации общественного здравоохранения, профессиональные ассоциации)	Улучшение доказательной базы по лидерству в общественном здравоохранении Развитие и распространение понимания поведения лидеров
Образование (министерства здравоохранения, министерства образования, университеты)	Включение модулей лидерства в общественном здравоохранении в учебные программы додипломной и постдипломной подготовки специалистов в области общественного здравоохранения
Подготовка специалистов в области здравоохранения (ВОЗ, ЕС, национальные правительства, организации общественного здравоохранения)	Содействие совместному обучению политических и административных лидеров и разработка модулей для обучения в разных секторах Использование практик обучения, наставничества и коучинга с привлечением опытных лидеров

Заключение

В настоящее время имеется огромное количество возможностей для применения уроков, извлеченных из опыта лидерства в общественном здравоохранении во всем мире, чтобы развить данную область и избежать повторения прошлых ошибок. Тем не менее очевидно, что в вопросе обеспечения лидерства нет универсальных решений, и иногда мы не знаем, почему лидерство было эффективным в одном случае и неэффективным в другом. Связано ли это с правильными людьми на нужных должностях? Или мы недооцениваем роль правильного импульса? Насколько важны полномочия?

Мы утверждали, что для культуры лидерства в области здравоохранения важны люди; также важны и нужный момент времени для получения импульса и поддержки, равно как и соответствующая организационная структура и полномочия. Однако во все более взаимосвязанном мире, население которого становится все более мобильным, традиционные системы руководства и лидерства в общественном здравоохранении необходимо воссоздавать за пределами иерархических, вертикальных и географических объединений заинтересованных лиц. В настоящих условиях лидерство требует работы как по вертикали, так и по горизонтали, а также с использованием сетей взаимодействия. Успех деятельности лидеров по развитию общественного здравоохранения будет в большей степени зависеть от их способности устанавливать контакт с другими людьми, влиять на тех, кто работает за пределами их сфер ведения и создавать коалиции и союзы. Это потребует лидерских компетенций и навыков, таких как способность мобилизовать, вдохновлять, убеждать и вовлекать людей, а также способность нивелировать конфликты интересов. У лидеров имеется обширное пространство для принятия решений относительно того, действовать явно или за кадром; в рамках политической партии, сообщества, научных кругов или НПО; на местном, национальном или международном уровне; и нужно ли сделать рывок в нужный момент или подготовить почву для будущих изменений.

Библиография

- Beaglehole, R. (2001). "Global cardiovascular disease prevention: time to get serious." *The Lancet* 358(9282): 661-663.
- Beaglehole, R., R. Bonita, R. Horton, O. Adams and M. McKee (2004). "Public health in the new era: improving health through collective action." *The Lancet* 363(9426): 2084-2086.
- Brown, T. M. and E. Fee (2006). "Rudolf Carl Virchow." *American Journal of Public Health* 96(12): 2104-2105.
- Diethelm, P. and M. McKee (2009). "Denialism: what it is and how should scientists respond?" *European Journal of Public Health* 19(1): 2-4.
- Ferlie, E. and A. Pettigrew (1996). "Managing through networks: some issues and implications for the NHS." *British Journal of Management* 7(Suppl. S1): S81-S99.
- Foege, W. H (2002). "Challenges to public health leadership." In *Oxford Textbook of Public Health, Vol. 1: The scope of public health, 4th edition*. New York, Oxford University Press: 401-414.
- Gill, R. (2006). *Theory and Practice of Leadership*. London, Sage.
- Goodwin, N. (2007). "Leadership in public health." In *New Perspectives in Public Health, 2nd edition*. S. Griffith and D. J. Hunter, Eds. Oxford, Radcliffe Publishing: 330-337.
- Gray, M. (2009). "Public health leadership: creating the culture for the twenty-first century." *Journal of Public Health* 31(2): 208-209.
- Henrich, N. and B. Holmes (2011). "What the public was saying about the H1N1 vaccine:

- perceptions and issues discussed in on-line comments during the 2009 H1N1 pandemic." *PLoS One* 6(4): e18479.
- Jakubowski, E., J. M. Martin-Moreno and M. McKee (2010). "The governments' doctors: the roles and responsibilities of chief medical officers in the European Union." *Clinical Medicine* 10(6): 560-562.
- Kickbusch, I. and D. Gleicher (2012). *Governance for Health in the 21st Century*. [Стратегическое руководство в интересах здоровья в 21 веке.] Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe. [http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/249498/Governance-for-Health-in-the-21st-Century-Rus.pdf?ua=1 по состоянию на 4 августа 2018 г.].
- McKee, M. (2013). "Seven goals for public health training in the 21st century." *European Journal of Public Health* 23(2): 186-187.
- Nutt, D. J., L. A. King and L. D. Phillips, on behalf of the Independent Scientific Committee on Drugs (2010). "Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis." *The Lancet* 376(9752): 1558-1565.
- Rowitz, L. (2009). *Public Health Leadership: Putting principles into practice*, 2nd edition. Sudbury, MA, Jones & Bartlett.
- Travis, P., D. Egger, P. Davies and A. Mechbal (2002). *Towards Better Stewardship: Concepts and critical issues*. Discussion Paper 02.48 [<http://www.who.int/healthinfo/paper48.pdf>, по состоянию на 15 ноября 2018 г.]. Geneva, WHO.
- World Health Organization (WHO) (2004a). *Fifth Futures Forum on Rapid Response Decision-making Tools* [http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0006/98304/E83347.pdf]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization (WHO) (2004b). *Sixth Futures Forum on Crisis Communication* [<http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/abstracts/sixth-futures-forum-on-crisis-communication>, по состоянию на 4 августа 2018 г.]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. ССЫЛКА РАБОТАЕТ
- World Health Organization (WHO) (2005). *Seventh Futures Forum on Unpopular Decisions in Public Health* [Седьмое совещание Форума по вопросам будущего, посвященное непопулярным решениям в области общественного здравоохранения] Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. [<http://www.euro.who.int/ru/publications/abstracts/seventh-futures-forum-on-unpopular-decisions-in-public-health-2005>].
- World Health Organization (WHO) (2009) *Health in times of global economic crisis: Implications for the WHO European Region*, Regional Committee for Europe, Fifty-ninth session, Copenhagen, 14-17 September 2009 [http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0006/66957/RC59_edoc07.pdf, по состоянию на 25 сентября 2018 г.].
- World Health Organization (WHO) (2012). *Health 2020: A European policy framework supporting action across government and society for health and well-being* [Здоровье-2020: основы Европейской политики в поддержку действий всего государства и общества в интересах здоровья и благополучия]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. [<http://www.euro.who.int/ru/publications/abstracts/health-2020-a-european-policy-framework-supporting-action-across-government-and-society-for-health-and-well-being>, по состоянию на 15 ноября 2018 г.].

Исследования в сфере общественного здравоохранения

Stefania Boccia, Ilmo Keskimaki, Walter Ricciardi

Введение

Содействие развитию исследований в сфере общественного здравоохранения было определено в качестве одной из основных оперативных функций общественного здравоохранения (см. главу 1 «Аспекты общественного здравоохранения в Европе: введение»). Исследования в сфере общественного здравоохранения направлены на улучшение здоровья населения посредством создания доказательной базы для разработки политики и обоснования практических мероприятий в области общественного здравоохранения. Согласно недавнему определению (McCarthy, Harvey et al. 2009) исследования в сфере общественно-го здравоохранения — это

организованный поиск новых знаний для защиты, укрепления и улучшения здоровья людей, который осуществляется на популяционном уровне или на уровне служб здравоохранения [. . .]. Как правило, исследования ориентированы на конкретные цели, решают вопросы, имеющие отношение к политике, и могут публиковаться либо в научных журналах, либо в докладах. В рамках исследования используются различные научные методы, в том числе опросы, реестры, наборы данных, тематические исследования и статистическое моделирование. Также они опираются на такие дисциплины, как эпидемиология, социология, психология и экономика; на междисциплинарные области гигиены окружающей среды, укрепления здоровья, профилактики заболеваний, управления здравоохранением, исследований в области здравоохранения и систем здравоохранения как таковых.

Учитывая нехватку информации об исследованиях в области общественного здравоохранения в восточной части Европейского региона ВОЗ, в данной главе, в основном, рассматривается ситуация в Европейском Союзе (ЕС). В начале проводится обзор существующих структур для поддержки и развития исследований в области общественного здравоохранения на уровне ЕС и описываются недавние исследовательские проекты, финансируемые ЕС и направленные на создание системы организации научной работы в области общественного здравоохранения в ЕС. Затем рассматривается вопрос о национальных структурах, оказывающих поддержку развитию научной работы в области общественного здравоохранения в Европе на примере Италии, Польши, Финляндии и Эстонии. В главе приводятся доводы в пользу необходимости разработки национальных научно-исследовательских стратегий в области общественного здравоохранения, улучшения координации между министерствами науки, здравоохранения и финансов, различными исследо-

вательскими и инновационными программами в рамках ЕС, а также подчеркивается важность улучшения взаимодействия между исследователями в области общественного здравоохранения, пользователями и партнерами, в том числе организациями гражданского общества.

Структуры по развитию исследований в области общественного здравоохранения на уровне ЕС

Начав в 1950-х годах реализацию технологических программ, Евросоюз запустил свою Первую рамочную программу по развитию научных исследований и технологий в 1984 г. Роль ЕС в научной политике значительно изменилась, начиная с 1987 г., когда был принят Единый европейский акт, пересмотревший в целях создания «единого рынка» Римский договор 1957 г., что позволило включить науку и технологические разработки в компетенцию Европейского сообщества. С конца 1980-х годов началась реализация ряда рамочных программ. Первая рамочная программа, охватывающая 1984–1987 гг., имела бюджет 3,25 млрд. евро, на Седьмую рамочную программу было выделено уже 53 млрд. евро на проведение научных исследований и технологических разработок в 2008–2013 гг., а последняя рамочная программа по исследованиям и инновациям «Горизонт 2020» предусматривает бюджет в размере около 80 млрд. евро на 2014–2020 гг. Также с 2000-х годов наблюдается увеличение количества финансовых инструментов; темпы такого роста, по некоторым оценкам, слишком стремительны (Европейская комиссия 2010).

Хотя отправной точкой исследовательских программ ЕС является разработка технологий, финансирование исследований в области здравоохранения уже присутствовало в ранних рамочных программах — к таким относится программа БИОМЕД I и II в рамках Третьей и Четвертой рамочной программы. С тех пор исследования в области здравоохранения стали гораздо более значимыми, уступая место лишь исследованиям в области информационно-коммуникационных технологий с точки зрения объемов ежегодного финансирования в рамках Седьмой рамочной программы, которое составляет около 20% от общего бюджета. Несмотря на то, что общей целью рамочных программ является поддержка реализации научных исследований, которые делают Европу более конкурентоспособной в экономическом плане, в последнее время внимание уделяется и таким областям, как исследования в сфере здравоохранения.

В 2000-х годах, как на уровне ЕС, так и на национальном уровне, начали предприниматься все более активные попытки к усилению роли научных исследований и технологических инноваций как средств повышения конкурентоспособности и экономического роста. Это привело к увеличению финансирования научных исследований и разработок в рамках совместных инициатив ЕС под эгидой Европейского научного пространства (ERA), целью которого является содействие транснациональному сотрудничеству и преодолению национальных и институциональных границ. Оно включает такие инициативы, как ERA-Nets, направленные на развитие европейской научной инфраструктуры. При финансовой поддержке Седьмой рамочной программы ЕС также учредил Европейский исследовательский совет (ERC) для стимулирования развития научно-исследовательской деятельности. ERC является первым европейским финансовым органом, цель которого — стимулирование научного совершенства и развитие научной деятельности, проводимой исследователями «снизу вверх». Работа ERC дополняет другие виды финансовой деятельности в Европе, к которым относится, например, деятельность национальных

финансовых учреждений. Он позволяет исследователям выявлять новые возможности и направления в любой области исследований, не руководствуясь приоритетами, установленными политиками. Хотя ERC не выделяет средства исключительно на исследования в области общественного здравоохранения, многие проекты в этой области получают финансирование. Европейский исследовательский совет предлагает гранты на исследования в Европе, проводимые как молодыми учеными (Starting Independent Researcher Grants), которые собираются создать или консолидировать исследовательскую группу и начать проводить независимые исследования, так и опытными исследователями (Advanced Investigator Grants), которые уже зарекомендовали себя в качестве независимых лидеров. Из 566 заявок на гранты для молодых ученых, принятых в 2012 г., 209 (37%) относились к области естественных наук, большинство из которых были в области диагностики, лечения и общественного здравоохранения (European Research Council 2012).

Тем не менее исследованиям в области общественного здравоохранения по-прежнему уделяется мало внимания при планировании инструментов финансирования научной деятельности в ЕС. Это можно в значительной степени объяснить тем, что экономическая конкурентоспособность является основной движущей силой исследовательской политики ЕС, но есть и другие причины, как, например, ограниченные полномочия ЕС в области здравоохранения. Так, на сегодняшний день на исследования в области общественного здравоохранения приходится лишь небольшая доля финансирования в ЕС, составляющая 5% от общего объема финансирования, предоставляемого Седьмой рамочной программой на исследования в области здравоохранения. Кроме того, до 1990-х годов полномочия ЕС охватывали только такие вопросы здравоохранения, как охрана труда, а также защита населения от ионизирующих излучений. Тем не менее новые угрозы здоровью, возникшие в конце 1980-х и начале 1990-х годов, к числу которых относится губчатая энцефалопатия крупного рогатого скота (ГЭКРС) и тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС), продемонстрировали необходимость принятия политики и действий в области общественного здравоохранения на уровне ЕС. Маастрихтский договор 1992 г. призвал учесть в конституционных рамках ЕС более масштабные аспекты здравоохранения, которые впоследствии были расширены в Амстердамском договоре 1997 г.; первый из них касается охраны здоровья населения, второй уделяет внимание безопасности здоровья человека (Mossialos, Permanand et al. 2010). В начале 2000-х годов эти положения положили начало созданию первой программы ЕС в области общественного здравоохранения. Однако эта программа и её преемник, программа «Здоровье» на 2008–2013 гг., были ориентированы на деятельность в области общественного здравоохранения и не предусматривали поддержки для проведения научных исследований.

Программа «Здоровье» на 2008–2013 гг., находящаяся в ведении Исполнительного агентства по вопросам здравоохранения и защиты прав потребителей (ЕАНС, ранее известное как Исполнительное агентство по вопросам здравоохранения), имеет три основные цели: повысить безопасность здоровья населения, укрепить здоровье (в том числе сократить неравенство в отношении здоровья), а также создавать и распространять медико-санитарную информацию и знания. В рамках программ общественного здравоохранения финансируются четыре основных вида деятельности: проекты, конференции, совместные действия и функциональные гранты. Программа предназначена не для финансирования научно-исследовательских проектов в области общественного здравоохранения, а для стимулирования проведения мероприятий

по реализации действий и обмена передовым опытом в области общественного здравоохранения. Действия должны охватывать масштаб всей Европы и привлекать партнеров из разных европейских стран. За исключением тендерных проектов, основным принципом программы является софинансирование, при этом сама программа предоставляет 60% от общей стоимости проекта.

В рамках ЕС государства-члены несут самостоятельную ответственность за свою политику в области здравоохранения и научных исследований, включая подготовку кадров и планирование ресурсов. В целом действия ЕС должны обеспечить дополнительную ценность (пользу) для национальной или субнациональной деятельности. В соответствии с этим Европейская комиссия недавно расширила свое сотрудничество с ВОЗ и ОЭСР, в том числе в области публикации показателей здоровья (ОЭСР 2012). Вместе с тем между Европейской комиссией и государствами-членами могут возникать трения по поводу компетенции комиссии в этих областях политики, так как комплексные программы интегрированной политики в области здравоохранения выходят за рамки компетенции комиссии. К примеру, в ЕС будет трудно разработать такую политику, как стратегия ВОЗ «Здоровье для всех» и «Здоровье для всех в XXI веке», в которых также определены приоритеты исследований и предусматриваются требования по включению государствами-членами ВОЗ стратегического планирования исследований в области здравоохранения.

Однако в политике научных исследований ЕС наблюдаются и потенциально перспективные изменения. В 2008 г. Европейская комиссия предложила новую координационную инициативу, совместное ведение программ, направленную на развитие практики проведения совместных исследовательских программ, организуемых и финансируемых государствами-членами (Европейская комиссия 2008). Эта инициатива может способствовать продвижению исследований в области общественного здравоохранения в Европе, поскольку в ней учтены все слабые стороны предыдущих инструментов ЕС, из-за которых раньше не удавалось решать общие для государств-членов социальные проблемы. Около 85% государственного финансирования научных исследований в ЕС выделяется в рамках национальных исследовательских программ, но они не скоординированы между собой и могут в значительной степени дублироваться. Совместная программная инициатива направлена на более эффективное использование европейских исследовательских ресурсов для решения социальных проблем, включая демографические и климатические изменения, урбанизацию и экологическую устойчивость. Этот процесс является добровольным, и государства-члены самостоятельно могут выбирать темы, в которых они хотят участвовать. Однако цель состоит в том, чтобы страны с общими целями и задачами создавали совместные исследовательские программы вокруг таких общих ориентиров. При подготовке Совместных программных инициатив (JPI) темы общественного здравоохранения рассматривались относительно широко. В настоящее время разрабатываются следующие программы в области общественного здравоохранения: «Здоровое питание для здоровой жизни», «Старше возраст, лучше жизнь» и «Устойчивость к противомикробным препаратам». Кроме того, общественное здравоохранение связано с другими темами, такими как «Объединение знаний о климате в Европе», «Урбанизация Европы» и «Сельское хозяйство, продовольственная безопасность и изменение климата». Реализация инициативы совместных программ содержит в себе определенные трудности, и процесс этот в действительности осуществлялся медленнее, чем предполагалось, однако такой подход позволяет вынести в центр вни-

мания социальные вопросы, такие как общественное здравоохранение, при формировании исследовательской политики ЕС, поднять их на один уровень с конкурентоспособностью и технологическими инновациями.

Как упоминалось ранее, новая рамочная программа ЕС по исследованиям и инновациям, «Горизонт 2020», является перспективным шагом к развитию. Она включает ряд технических усовершенствований, таких как упрощение бюрократических правил и процедур управления бюджетом исследовательских программ ЕС. Если бюджет программы будет утвержден, то ежегодное финансирование в рамках программ увеличится на 50%. Ожидается, что программа принесет и структурную реформу, которая позволит объединить финансовые инструменты для поддержки исследований, разработок и инноваций, которые ранее предоставлялись в рамках различных изолированных программ. Кроме того, «Горизонт 2020» позволит использовать структурные фонды для научно-исследовательской деятельности. Для повышения качества исследований в ЕС ожидается удвоение финансирования ERC. Как и в рамках инициативы по проведению совместных программ, темы исследований в рамках программы «Горизонт 2020» касаются социальных проблем, которые также включают вопросы, связанные с общественным здравоохранением.

В 2013 г. прозвучали призывы увеличить долю финансирования исследований в области систем здравоохранения, общественного здравоохранения и политики здравоохранения (Browne and Sorensen 2013; Walshe, McKee et al. 2013a, 2013b). Хотя инициативы по проведению совместных программ и «Горизонт 2020» являются перспективным шагом, который сможет стимулировать исследования в области общественного здравоохранения в ЕС, ещё предстоит выяснить, смогут ли они реализовать этот потенциал. До настоящего времени исследователи в области общественного здравоохранения выражали разочарование относительно отсутствия внимания к теме общественного здравоохранения в повестке программы «Горизонт 2020» (Joint Statement 2013). Проект работы программы в области здравоохранения, демографических изменений и благосостояния «Горизонт 2020» на 2014–2015 гг., представленный в сентябре 2013 г., в значительной степени был сосредоточен на исследованиях в области биотехнологий и инноваций персонализированной медицины. Однако на момент подготовки настоящей книги (ноябрь 2013 г.) окончательный документ ещё не был опубликован. Кроме того, проект программы охватывает только первые два года программы, это оставляет надежду, что в дальнейшем будут сбалансированы приоритеты в отношении общественного здравоохранения и систем здравоохранения.

Картирование исследований в области общественного здравоохранения в Европе: проекты SPHERE и STEPS

Финансируемые ЕС и координируемые Университетским колледжем Лондона проекты SPHERE (www.ucl.ac.uk/public-health/sphere) и STEPS (www.steps-ph.eu) позволяют составить представление о развитии исследований в области общественного здравоохранения в государствах-членах ЕС.

Проект SPHERE был запущен в 2005 г. с целью сбора информации о состоянии исследований в сфере общественного здравоохранения в Европе. Проект был реализован 18 партнерами из 12 европейских стран в сотрудничестве с Европейской ассоциацией общественного здравоохранения (EUPHA). Вопросник был разослан министерствам здравоохранения и министерствам

науки 25 государств-членов ЕС, в том числе Исландии, Норвегии и Швейцарии. Ответы, полученные от 42 из 56 министерств (из 25 стран), показали, что большинство стран не имеют официально утвержденных приоритетов в научной деятельности в области общественного здравоохранения. Тем не менее три области исследований в сфере здравоохранения были отмечены по крайней мере одним министерством в 18 странах: санитарно-эпидемиологический надзор, укрепление здоровья и услуги здравоохранения, а также методы (эпидемиология) (Conceicao, Leandro et al. 2009).

Другой вопросник о национальных и международных приоритетах научной деятельности в области общественного здравоохранения был направлен национальным ассоциациям общественного здравоохранения (McCarthy, Harvey et al. 2009). Ответы были получены из 22 стран с указанием приоритетных направлений исследований в большинстве областей (таблица 17.1), при этом между странами отмечались значительные различия в приоритетах. На национальном уровне наиболее важными приоритетами в странах Северной Европы являются услуги здравоохранения и безопасность пациентов; страны Южной Европы отдают приоритет инфекционным заболеваниям, услугам здравоохранения и сердечно-сосудистым заболеваниям, в то время как в странах Восточной Европы приоритетными являются безопасность пищевых продуктов и питания, гигиена окружающей среды и гигиена труда. На межстрановом уровне в странах Северной Европы приоритет отдается инфекционным заболеваниям, сердечно-сосудистым заболеваниям, а также исследованиям в области онкологических заболеваний; в странах Южной Европы первоочередное внимание уделяется услугам здравоохранения, исследованиям в области онкологических заболеваний, наркомании, безопасности пищевых продуктов и питания, а также оценке технологий здравоохранения и охране психического здоровья, в то время как страны Восточной Европы выделяют в качестве приоритетных областей сердечно-сосудистые заболевания и охрану психического здоровья.

И, наконец, 80 организаций гражданского общества в области здравоохранения представили свои взгляды на потребности в научных исследованиях в области общественного здравоохранения (McCarthy, Harvey et al. 2009). Наиболее часто необходимость исследований отмечается в общих областях, таких как здравоохранение или окружающая среда и здоровье. Промежуточную позицию занимают темы, связанные с поведенческими детерминантами здоровья, в то время как конкретные заболевания, организационные аспекты здравоохранения и профессиональные потребности упоминаются реже всего.

Проект STEPS, основанный на результатах программы SPHERE, направлен на побуждение организаций гражданского общества, исследователей и национальных министерств к советному диалогу, обсуждению проблем и разработке Европейской стратегии исследований в области общественного здравоохранения. В период с января 2009 г. по июнь 2011 г. проект STEPS представлял собой сотрудничество между Университетским колледжем Лондона, EUPHA, ассоциацией Skalbes и 12 странами-партнерами (STEPS 2011). Проект представил характеристику систем исследований в области общественного здравоохранения во всех государствах-членах ЕС, способствовал внедрению семинаров в 12 новых государствах-членах ЕС с целью обмена опытом между системами научных исследований в области общественного здравоохранения, а также проводил оценку использования структурных фондов для исследований в области общественного здравоохра-

Таблица 17.1 Приоритеты исследований в области общественного здравоохранения в соответствии с информацией респондентов из национальных ассоциаций общественного здравоохранения 22 стран Европейской экономической зоны

Главная тема	Подтема	Национальный уровень N (%)	Международный уровень N (%)
Санитарно-эпидемический надзор	Сердечно-сосудистые заболевания	18 (78)	7 (30)
	Онкологические заболевания	16 (70)	8 (35)
	Инфекционные заболевания	17 (75)	7 (30)
	Охрана психического здоровья	15 (65)	—
	Охрана здоровья мигрантов	8 (35)	3 (13)
	Укрепление здоровья	Гигиена окружающей среды	17 (74)
	Гигиена труда	15 (65)	—
	Биотерроризм	12 (53)	3 (13)
	Безопасность пищевых продуктов и питания	18 (78)	—
	Воспитание сознательного отношения к здоровью и санитарное просвещение	15 (65)	5 (22)
	Наркомания	13 (56)	6 (26)
Услуги здравоохранения	Исследования в сфере услуг здравоохранения	18 (78)	5 (22)
	Безопасность пациента	15 (65)	—
	Оценка технологии здравоохранения	13 (56)	5 (22)
	Охрана здоровья	14 (61)	4 (17)
	Применение препаратов	13 (56)	4 (17)
Методы	Эпидемиология	15 (65)	4 (17)

Источник: Данные согласно McCarthy, Harvey et al. (2009)

нения. На семинарах обсуждались механизмы функционирования систем исследований в области общественного здравоохранения в каждой стране и возможные пути дальнейшего их развития с помощью профессионального взаимодействия в европейском регионе и участия организаций гражданского общества. В следующем разделе на основе результатов работы проекта STEPS представлены национальные структуры, целью работы которых является поддержка и стимулирование исследований в области общественного здравоохранения в отдельных европейских странах.

Национальные структуры в поддержку развития научной работы в области общественного здравоохранения

По данным проекта STEPS исследования в области общественного здравоохранения в государствах-членах ЕС обычно находятся в ведении министерств здравоохранения или науки, за исключением Австрии, Бельгии, Да-

нии, Литвы и Соединенного Королевства, где регионы играют ключевую роль в распределении средств. Частные фонды, финансирующие исследования, в определенной степени присутствуют в большинстве стран, но особенно значимая их роль отмечена в Австрии, Германии, Ирландии, Польше, Португалии, Словакии, Соединенном Королевстве, Франции и Швеции. Почти во всех государствах-членах ЕС существуют государственные институты (исключение составляет Австрия — см. ниже) и университеты, которые проводят исследования в области общественного здравоохранения, в то время как участие организаций здравоохранения в исследованиях в области общественного здравоохранения отмечается только в восьми странах, в частности в Северной и Восточной Европе. В Австрии не существует национальной стратегии проведения исследований в области общественного здравоохранения, а получить государственное финансирование достаточно сложно, т. к. не предусмотрен отдельный бюджет на проведение исследований в области общественного здравоохранения (Ladurner, Gerger et al. 2011).

В рамках изучения потенциала общественного здравоохранения в ЕС страны-респонденты сообщили о том, что потенциал этот является относительно развитым и прочным. Однако согласно результатам исследования, в приоритетах финансирования исследований в области здравоохранения в странах-членах ЕС в целом доминирует медицинский подход со слабой программой действий в области общественного здравоохранения. Это может свидетельствовать об отсутствии координации между министерствами здравоохранения и министерствами науки для согласованности стратегий в проведении исследований в области здравоохранения. Степень государственной поддержки исследований в области общественного здравоохранения существенно различается в странах ЕС. В пяти из 27 стран (Австрия, Греция, Италия, Латвия, Словакия) отсутствует государственная поддержка исследований в области общественного здравоохранения (Aluttis, Chiotan et al. 2012). В ряде стран национальные эксперты, участвовавшие в этом исследовании, указали на слабый потенциал коммуникации результатов исследований лицам, принимающим решения.

Результаты самостоятельной оценки потенциала и служб общественного здравоохранения, проводимой государствами-членами ВОЗ при поддержке Европейского регионального бюро ВОЗ с использованием инструмента самооценки, структурированного вокруг 10 основных оперативных функций общественного здравоохранения (ОФОЗ), позволяют выстроить дополнительную информацию о потенциале исследований в области общественного здравоохранения. В Эстонии было отмечено отсутствие прикладных исследований в области общественного здравоохранения (Koppel, Leventhal et al. 2009). В Узбекистане общие направления эпидемиологических и научных исследований определяются Главным управлением науки и учебных заведений при Министерстве здравоохранения. Однако практические потребности системы здравоохранения при определении приоритетов не учитываются в достаточной степени, значительная часть результатов исследований не транслируется в практические мероприятия, отмечается недостаточное государственное финансирование и отсутствие исследований по экономической эффективности (Министерство здравоохранения Республики Узбекистан 2011). В странах Юго-Восточной Европы исследования в области общественного здравоохранения по-прежнему носят ограниченный характер, а использование информации о состоянии здоровья в процессе разработки политики и стратегии пока ещё не является обычным явлением, хотя стоит отметить, что в большинстве стран данные исследований все же используются в некоторых областях и в определенной степени. Существует мало

конкретных примеров использования результатов научных исследований при разработке стратегий и программ укрепления здоровья и профилактики заболеваний (ВОЗ 2009b). В Словении исследования в области общественного здравоохранения носят фрагментарный характер, хотя большинство исследований софинансируются Словенским исследовательским агентством, Министерством здравоохранения и другими министерствами (ВОЗ 2009a). В бывшей югославской Республике Македонии научно-исследовательская деятельность планируется Республиканским институтом охраны здоровья, Институтом гигиены труда или департаментами общественного здравоохранения при медицинском факультете. Правительство не играет важной роли в планировании исследований в области общественного здравоохранения, но вносит свой вклад в финансирование этого сектора (ВОЗ 2007c). В Болгарии приоритеты исследований общественного здравоохранения определены Министерством здравоохранения в «Национальной стратегии здравоохранения» (ВОЗ 2007a). В Боснии и Герцеговине проведение эпидемиологических и медицинских исследований носит эпизодический характер, в основном из-за недостаточности государственного финансирования (ВОЗ 2007b).

Исследования в сфере общественного здравоохранения в Италии

Исследовательские программы и спонсоры

Исследования в секторе здравоохранения Италии находятся под контролем Министерства образования, университетов и научных исследований, а также Министерства здравоохранения. Бюджет Министерства образования, университетов и научных исследований ежегодно устанавливается «Законом о национальном бюджете» и предусматривает ресурсы для Национального исследовательского совета и университетов (рис. 17.1). Бюджет на исследовательскую деятельность Министерства здравоохранения является частью бюджета Национальной службы здравоохранения (NHS). Министерство определяет общие стратегии исследований NHS в области здравоохранения каждые три года и ежегодно проводит сбор заявок на финансирование исследований. Согласно последней программе исследований Министерства здравоохранения (охватывающей период 2013–2015 гг.) два направления были обеспечены финансированием: направление клинико-биомедицинских исследований, ориентированное на поддержку клинических исследований и разработку новых технологий, и организационно-управленческое направление, ориентированное на поддержку исследований в области детерминант здоровья, а также в области управления и политики здравоохранения.

Исследовательские учреждения

Национальный институт здравоохранения является ведущим научно-техническим государственным учреждением итальянской НСЗ. Его деятельность включает исследования, мониторинг, проведение обучения и консультаций в интересах охраны здоровья населения. Институт проводит научные исследования в самых различных областях: от молекулярных и генетических исследований до популяционных исследований факторов риска развития заболеваний и инвалидности. Исследования организованы в соответствии с приоритетами, установленными Национальным планом здравоохранения. Институт находится в ведении Главного управления научно-технических исследований при Министерстве здравоохранения.

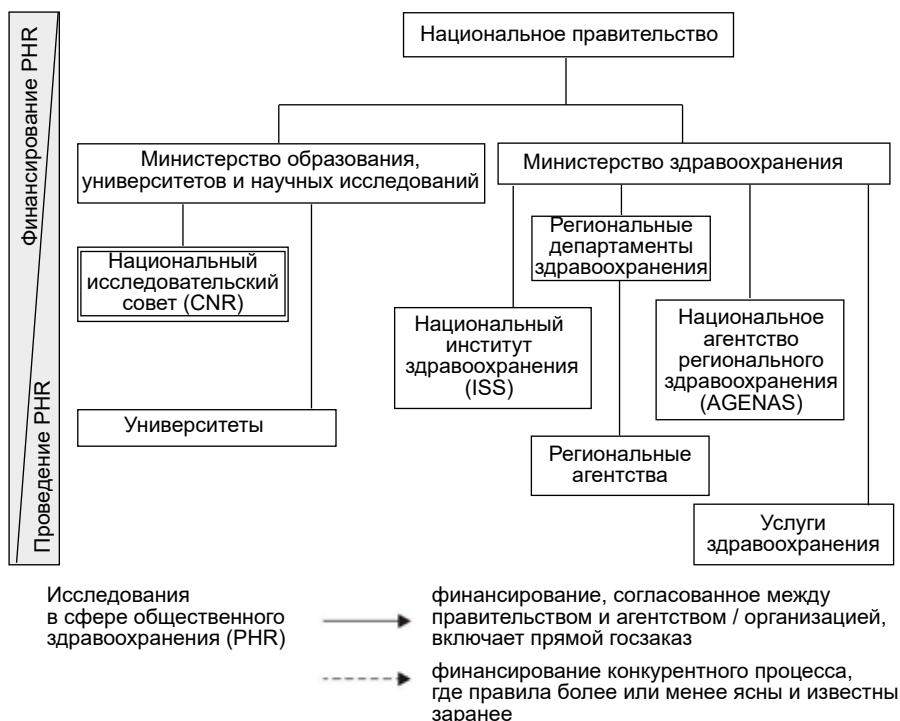


Рисунок 17.1 Финансирование исследований в области общественного здравоохранения в Италии

Источник: STEPS [https://www.ucl.ac.uk/public-health/STEPS_folder/Italy_STEPS_countryprofile_5oct10.pdf, по состоянию на 1 октября 2018 г.]

Национальное агентство по региональному медицинскому обслуживанию осуществляет свою деятельность в тесном сотрудничестве с Министерством здравоохранения и регионами, а также участвует в научно-исследовательских программах, финансируемых Министерством здравоохранения. Мероприятия агентства включают оценку технологий здравоохранения, безопасности пациентов, а также клинические и организационные рекомендации. Кроме того, существуют региональные учреждения, которые проводят исследования в области общественного здравоохранения. Например, Агентство по региональному медицинскому обслуживанию в регионе Эмилия-Романья оказывает техническую поддержку и поддержку в регуляторных вопросах региону Эмилия-Романья. Его целью является интеграция содействия, исследований и обучения. Другим примером из того же региона является Центр оценки эффективности медицинского обслуживания.

Исследования в сфере общественного здравоохранения в Финляндии

Исследовательские программы и спонсоры

В Финляндии общим координационным органом государственной политики в области научных исследований является Совет по исследованиям и инновациям под руководством премьер-министра (рис. 17.2). В его задачи входит обзор наци-

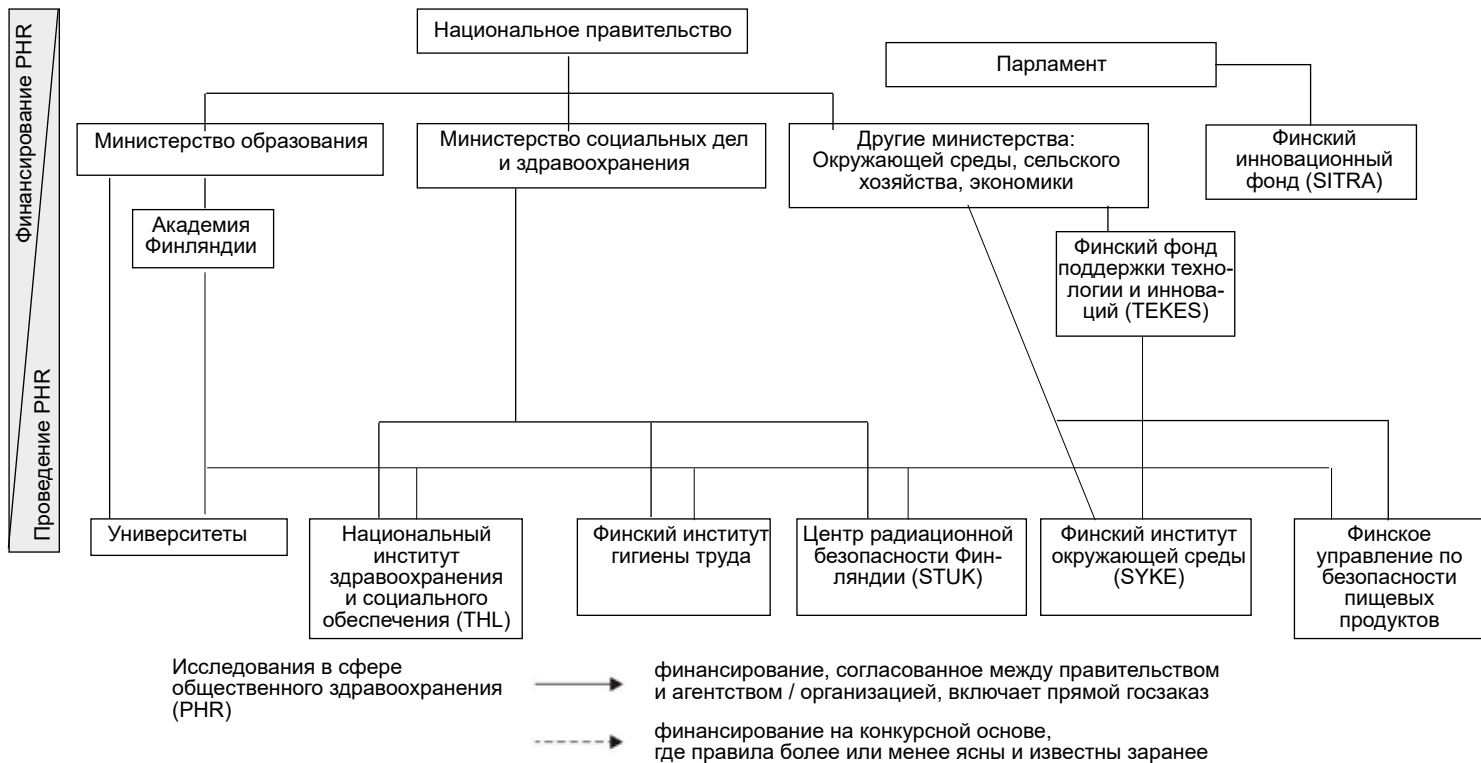


Рисунок 17.2 Финансирование исследований в области общественного здравоохранения в Финляндии

Источник: STEPS [https://www.ucl.ac.uk/public-health/STEPS_folder/Fmland_STEPS_countryprofile_20c10.pdf, по состоянию на 29 сентября 2018 г.]

ональных и международных разработок, координация деятельности правительства, разработка научно-инновационной стратегии (Совет по исследованиям и инновациям 2010). Научные исследования в области общественного здравоохранения главным образом финансируются Научно-исследовательским советом по вопросам здравоохранения при Академии Финляндии, который находится в ведении Министерства образования и культуры. Наиболее важные инструменты финансирования Академии Финляндии направлены на организацию и проведение научных исследований. Исследовательские программы, финансируемые Академией, часто затрагивают такие темы общественного здравоохранения, как: «Реагирование на проблемы общественного здравоохранения», «Здоровье и благосостояние детей и молодежи», «Изменение климата» и «Питание, продовольствие и здоровье». Финское агентство финансирования технологий и инноваций (TEKES) приступило к финансированию программ исследований и разработок в области государственных услуг, включая услуги здравоохранения. Академия Финляндии и TEKES координируют международное научное сотрудничество и исследовательские программы ЕС в Финляндии. В 2000-е годы роль Министерства социальных дел и здравоохранения в финансировании научно-исследовательских и опытно-конструкторских работ возросла, однако значительная часть его финансирования была предусмотрена на мероприятия по развитию услуг здравоохранения и социальных услуг. Министерство также финансирует проекты и научные исследования в области укрепления здоровья и научные исследования в области систем здравоохранения.

В настоящее время условия проведения исследований в области общественного здравоохранения в Финляндии меняются. В 2013 г. правительство Финляндии приняло решение сократить бюджеты научно-исследовательских институтов при Министерстве социальных дел и здравоохранения на 30 млн. евро. Кроме того, правительство приняло решение реорганизовать финансирование научных исследований, проводимых главным образом государственными научно-исследовательскими институтами. В 2015–2017 гг. планируется поэтапное создание новой системы финансирования стратегических исследований в поддержку принятия политических решений. Финансирование будет осуществляться из бюджетов государственных научно-исследовательских институтов, а также из средств Академии Финляндии и Финского агентства финансирования технологий и инноваций. В совокупности эти решения приведут к снижению финансирования и сокращению примерно 900 человек, работающих в государственных научно-исследовательских институтах в сфере исследований в области общественного здравоохранения. Это также означает, что институты в рамках конкурентной борьбы за научные гранты могут рассчитывать на финансовые средства из нового инструмента финансирования.

Исследовательские организации

Многие исследования в области общественного здравоохранения в Финляндии в настоящее время проводятся отраслевыми научно-исследовательскими институтами, находящимися в ведении Министерства социальных дел и здравоохранения. К этим институтам относятся: Национальный институт здравоохранения и социального обеспечения (1200 сотрудников), Финский институт профессионального здоровья (800 сотрудников), Финское управление по безопасности пищевых продуктов (750 сотрудников), Центр исследований в области укрепления здоровья (60 сотрудников), Центр радиационной безопасности Финляндии (360 сотрудников), а также Финский институт окружающей среды (590 сотрудников). Большинство этих институтов выполняют некоторые административные и надзорные функции, а также проводят исследования в области общественного здравоохра-

нения. Институты в основном финансируются из государственного бюджета, а также получают финансирование на конкурсной основе в рамках грантов различных организаций, в том числе Академии Финляндии, TEKES и программ ЕС.

Система высшего образования страны также проводит исследования в области общественного здравоохранения. Она состоит из двух взаимодополняющих секторов: 15 университетов и 27 политехнических институтов. С 2010 г. университеты функционируют как независимые публичные организации и как частные фонды. Университеты проводят научные исследования и предоставляют высшее и последипломное образование. Исследования в области общественного здравоохранения в основном проводятся в пяти университетах, осуществляющих подготовку медицинских кадров, а также в университетах, в составе которых есть институты, изучающие различные аспекты здоровья. Университеты получают базовое финансирование из государственного бюджета, но зависят от конкурсного или целевого финансирования научно-исследовательской деятельности. Финская система политехнических институтов относительно нова. Первые политехнические институты начали функционировать на экспериментальной основе в 1991–1992 гг., и в 1996 г. некоторые стали постоянными. Политехнические учебные заведения готовят специалистов с учетом конкретных потребностей рынка труда. Они также проводят небольшие исследования с целью содействия региональному развитию. В области здравоохранения такие проекты часто реализуются в сотрудничестве с местными органами здравоохранения и муниципалитетами.

Исследования в сфере общественного здравоохранения в Польше

Исследовательские программы и спонсоры

Доля расходов на научные исследования и разработки в Польше сократилась с 0,96% ВВП в 1991 г. до 0,56% в 2003 г. Научная стратегия на 2015 г. направлена на увеличение финансирования до 1,7%. Министерство здравоохранения, Министерство науки и высшего образования, а также частные фонды финансируют исследования в секторе здравоохранения (рис. 17.3). Государственный комитет научных исследований под председательством Министра науки представляет правительству и парламенту проект руководящих принципов национальной научной политики, а также распределяет средства. Фонд польской науки является независимым фондом, созданным в 1991 г. за счет поступлений от налога на государственную приватизацию. Фонд предоставляет финансирование только на конкурсной основе, при этом оказывает поддержку индивидуальным исследователям. Фонд является крупнейшим неправительственным источником финансирования науки в Польше. В Национальной рамочной научной программе на 2005 год определены девять стратегических направлений исследований, три из которых непосредственно связаны с общественным здравоохранением: эпидемиология, молекулярная основа факторов риска, влияющих на процессы старения; эпидемиология, патогенез, генетика и иммунология опухолей; условия окружающей среды и их воздействие на угрозы здоровью.

Исследовательские организации

В подчинении различных министерств находятся около 200 научно-исследовательских институтов. Национальный центр исследований и разработок представляет и координирует деятельность этих институтов, 17 из которых финансируются Министерством здравоохранения. Всего представлено 18 университетов (11 с медицинскими факультетами) и 95 высших школ экономики.



Рисунок 17.3 Финансирование исследований в области общественного здравоохранения в Польше

Источник: STEPS [https://www.ucl.ac.uk/public-health/STEPS_folder/Poland_STEPS_countryprofile_8oct10.pdf, по состоянию на 29 сентября 2018 г.]

Исследования в сфере общественного здравоохранения в Эстонии

Исследовательские программы и спонсоры

Парламент Эстонии принял две национальные стратегии по исследованиям и разработкам: «Основанная на знаниях Эстония I» — стратегия по исследованиям и разработкам на 2003–2006 гг., и «Основанная на знаниях Эстония II» — стратегия по исследованиям и разработкам на 2007–2013 гг. Раунд структурных фондов ЕС в Эстонии в 2007–2013 гг. предоставляет исследованиям и разработкам поддержку по нескольким направлениям. Оперативная программа «Экономическая среда» включает приоритетное направление «Повышение конкурентоспособности эстонских научных исследований и разработок посредством исследовательских программ и модернизации высшего образования и научно-исследовательских институтов». В оперативной программе «Развитие людских ресурсов» второй приоритетной задачей является «Развитие людских ресурсов для проведения научных исследований и разработок».

Исследования в области здравоохранения находятся в ведении Министерства социальных дел и Министерства образования и науки (рис. 17.4). Министерство социальных дел отвечает за здравоохранение, трудовую политику и социальные вопросы. Совет по здравоохранению, созданный в 2010 г., обеспечивает руководство, эпиднадзор и соблюдение законодательства в области здравоохранения, мониторинга и контроля за инфекционными заболеваниями, гигиены окружающей среды, химической безопасности и медицинского оборудования. Министер-

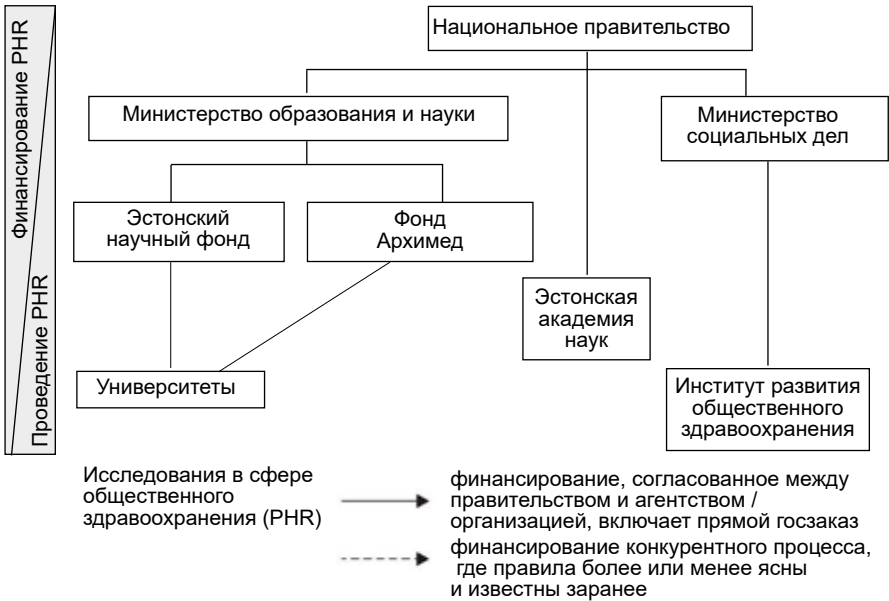


Рисунок 17.4 Финансирование исследований в области общественного здравоохранения в Эстонии

Источник: STEPS [https://www.ucl.ac.uk/public-health/STEPS_folder/Estonia_STEPS_countryprofile_13oct10.pdf, по состоянию на 29 сентября 2018 г.]

ство образования и науки разрабатывает национальную политику в области научных исследований и образования, организует финансирование и оценку научно-исследовательских институтов и координирует международное сотрудничество в области научных исследований. Университеты и научно-исследовательские организации страны получают ежегодное основное финансирование на основе результатов своих исследований и разработок, которое в 2009 г. составило около 83 млн. евро. Наконец, Эстонский фонд науки (www.etf.ee) выделяет более 8 млн. евро в год на исследования «высокого уровня», что эквивалентно примерно одной пятой общего объема государственного финансирования исследований в Эстонии.

Исследовательские организации

Национальный институт развития здравоохранения был создан в 2003 г. в качестве правительственного органа при Министерстве социальных дел. Его основными направлениями деятельности являются: фундаментальные, прикладные и оценочные исследования в области общественного здравоохранения и качества жизни (в том числе биомедицина, эпидемиология, биостатистика, экономика здравоохранения, гигиена труда и поведения на производстве, оценка состояния здоровья населения и оценка рисков для здоровья, связанных с влиянием внешней среды); создание и ведение баз данных, необходимых для оценки эффективности исследований, разработок и охраны здоровья и социальной защиты; сбор данных для исследований и анализа; разработка предложений по совершенствованию политики; подготовка прогнозов и планов развития; участие в реализации политики в рамках администрации Министерства социальных дел.

Эстонская академия наук является научным объединением, занимающимся разработкой и планированием научной политики. В нее входят 73 внутренних и 19 иностранных членов, а годовой бюджет национального правительства составляет 1,5 млн. евро.

Заключение

При рассмотрении исследований в сфере общественного здравоохранения в Европе становится очевидным, что значение здравоохранения в политике ЕС постепенно возрастает. Раньше здоровью уделялось довольно мало внимания в политике ЕС, и только недавно этой теме начала отводиться более заметная роль из-за изменений в договорах ЕС, углубления экономической интеграции, увеличения миграции и развития новых угроз общественному здравоохранению, таких как ГЭКРС и ТОРС. Эти факторы привели к растущему признанию важности сотрудничества на уровне ЕС в области здравоохранения.

Инициативы ЕС по проведению совместных программ продвигаются медленно, и ещё слишком рано судить о том, станут ли они существенной новой формой сотрудничества между европейскими спонсорами исследований или просто будут следовать сетевому подходу, используемому в ERA-Nets. Среди существующих инициатив проведения совместных программ относительно прочные позиции занимают исследования в области общественного здравоохранения.

Очевидно, что биомедицинские и клинические исследования необходимы для улучшения здоровья населения, но без научных доказательных данных в области общественного здравоохранения биомедицинские или клинические инновации сложно будет эффективно внедрять в практику. На национальном уровне многие европейские правительства также начали рассматривать научные исследования в качестве инструмента экономического роста и конкурентоспособности, однако это видение оказалось под угрозой в результате программ жесткой экономии, которые некоторые правительства решили (или в некоторых случаях были вынуждены) принять. Это также относится к исследованиям в области здравоохранения, которые все больше ориентированы на потенциальные экономические и коммерческие интересы. Например, в Финляндии существует правительственная инициатива под названием «Стратегические центры науки, технологий и инноваций», под эгидой которой создаются совместные предприятия частных компаний, университетов и научно-исследовательских институтов при поддержке государственного финансирования научных исследований. Цель этой инициативы – обеспечить максимально быстрые экономические выгоды от научных исследований. Быстрое развитие биомедицинских исследований подстегивало такие ожидания в сфере исследований в области здравоохранения.

В проекте STEPS были разработаны пять рекомендаций для поддержки развития исследований в области общественного здравоохранения в Европе. Первая и довольно амбициозная рекомендация состояла в том, чтобы значительно увеличить финансирование исследований в области общественного здравоохранения и достичь как минимум 25% всего финансирования исследований в области здравоохранения в ЕС и его государствах-членах. Другие рекомендации касались стратегии исследований, руководства и координации. В частности, по итогам проекта было рекомендовано следующее: разработка национальных стратегий научных исследований в области общественного здравоохранения, улучшение координации между министерствами науки, здравоохранения и финансов, улучшение координации между различными исследовательскими и инновационными программами в рамках ЕС, а также улучшение взаимодействия между исследо-

вателями в области общественного здравоохранения, пользователями и партнерами, в том числе организациями гражданского общества. Многие из этих рекомендаций и сегодня сохраняют актуальность.

Библиография

- Aluttis, C. A., C. Chiotan, M. Michelsen, C. Costongs and H. Brand, on behalf of the Public Health Capacity Consortium (2012). *Reviewing Public Health Capacity in the EU*. Maastricht, Maastricht University.
- Browne, J. and T. I. A. Sorensen (2013). "Editorial: European public health research in Horizon 2020." *European Journal of Public Health* 23: 722.
- Conceicao, C., A. Leandro and M. McCarthy (2009). "National support to public health research: a survey of European ministries." *BMC Public Health* 9: 203.
- European Commission (2008). *Towards Joint Programming in Research: Working together to tackle common challenges more effectively*. Brussels, European Commission.
- European Commission (2010). *Interim Evaluation of the Seventh Framework Programme: Report of the Expert Group*. Brussels, European Commission.
- European Research Council (ERC) (2012). *Statistics* [<http://erc.europa.eu/project-and-results/statistics>, по состоянию на 8 июля 2012 г.]. Brussels, ERCI.
- Joint Statement of the Public Health Associations of Europe (IEA, ISEE, EUPHA) on the health research programme 2014-2015 (Horizon 2020) proposed by the European Commission, 30 September 2013.
- Koppel, A., A. Leventhal and M. Sedgley, Eds. (2009). *Public Health in Estonia 2008: An analysis of public health operations, services and activities*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- Ladurner, J., M. Gerger, W. Holland, E. Mossialos, S. Merkur, S. Stewart, R. Irwin and J. Soffried, Eds. (2011). *Public Health in Austria: An analysis of the status of public health*. Copenhagen, WHO, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- McCarthy, M., G. Harvey, C. Conceicao, G. I. Torre and G. Gulis (2009). "Comparing public-health research priorities in Europe." *Health Research Policy and Systems* 7: 17.
- Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan (2011). *Self-Assessment of Public Health Services in the Republic of Uzbekistan*. Technical report. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- Mossialos, E., G. Permanand, R. Baeten and T. Hervey (2010). "Health systems governance in Europe: the role of European Union law and policy." In *Health Systems Governance in Europe: The role of EU law and policy*. E. Mossialos, G. Permanand, R. Baeten and T. Hervey, Eds. Cambridge, Cambridge University Press: 1-83.
- OECD (2012). *Health at a Glance: Europe 2012*. Paris, OECD Publishing.
- Research and Innovation Council of Finland (2010). *Research and Innovation Policy Guidelines for 2011-2015*. Helsinki: Research and Innovation Council of Finland.
- STEPS (2011). *Strengthening Engagement in Public Health Research Final Report* [http://www.steps-ph.eu/wp-content/uploads/STEPS_Report.pdf, по состоянию на 5 декабря 2011 г.].
- Walshe, K., M. McKee, P. Groenewegen, J. Hansen, J. Figueras, S. Boccia and W. Ricciardi (2013a). "Editorial: Reshaping the agenda of the European Commission for the health systems and policy research in Europe within Horizon 2020." *Epidemiology, Biostatistics, and Public Health* 10(2): e8951.
- Walshe, K., M. McKee, M. McCarthy, P. Groenewegen, J. Hansen, J. Figueras and W. Ricciardi (2013b). "Editorial: Health systems and policy research in Europe: Horizon 2020." *The Lancet* 382(9893): 668-669.
- World Health Organization (WHO) (2007a). *Evaluation of Public Health Services in Bulgaria*. Draft National Report. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization (WHO) (2007b). *Evaluation of Public Health Services in South-eastern Europe: Federation of Bosnia and Herzegovina*. Draft National Report.

Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

World Health Organization (WHO) (2007c). Evaluation of Public Health Services in South-eastern Europe: The former Yugoslav Republic of Macedonia. Draft National Report. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

World Health Organization (WHO) (2009a). Evaluation of Public Health Services in Slovenia. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

World Health Organization (WHO) (2009b). Evaluation of Public Health Services in South-eastern Europe. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

глава 18

Посредничество в распространении знаний в области общественного здравоохранения

*Cristina Catallo, John N. Lavis and
the BRIDGE Study Team¹*

Введение

Процесс трансляции знаний в информацию практического значения, применение накопленных знаний в рамках реализации мероприятий общественного здравоохранения, на практике является динамичным и итеративным процессом, который включает в себя синтез, распространение, обмен информацией и, самое главное, применение ее в процессе принятия решений. Несмотря на то что системы общественного здравоохранения генерируют большой объем информации, она не всегда используется в политике и практике общественного здравоохранения, что приводит к созданию потенциально неэффективных, несправедливых и дорогостоящих стратегий и программ в сфере общественного здравоохранения. Основанное на инновационных методах систематизации и интерактивных методах обмена, содействие распространению информации, как важный компонент процесса трансляции знаний, позволит устранить пробелы в знаниях с одной стороны и разрывы между политикой и практикой с другой.

Цель данной главы – способствовать обсуждению вопросов систематизации и интерактивного обмена информацией в области общественного здравоохранения между лицами, принимающими решения, и заинтересованными сторонами в Европейском регионе. Обсуждения в рамках настоящей главы строятся на результатах исследовательского проекта BRIDGE (Посредничество в распространении научной информации в поддержку развития и управления системами здравоохранения в Европе), который был реализован в 2009–2011 годах при финансовой поддержке Европейского Союза (ЕС). В рамках проекта были изучены меры по использованию информации в процессах разработки политики и ликвидации пробела «знания – действия» в европейских системах здравоохранения. В рамках проекта информация о здравоохранении была рассмотрена как фактические данные (в том числе о деятельности и результативности) и как научное доказательство (в том числе для обоснования вариантов политики и программ в целях повышения эффективности или достижения лучших результатов).

Посредничество в распространении знаний в области общественного здравоохранения

Разработка политики в области общественного здравоохранения является сложным комплексным процессом, предполагающим принятие различных решений лицами, задействованными в разработке политики, и заинтересованными сторонами. Для принятия обоснованных решений они должны быть обеспечены понятной достоверной и своевременной информацией (Lavis, Permand et al. 2013a, 2013b). Однако в ходе выполнения этой задачи лицам, принимающим решения, следует учитывать целый ряд осложняющих этот процесс факторов. К числу таких факторов относятся институциональные ограничения, конкурирующие интересы, включая лоббистские группы, преобладающие убеждения и ценности, а также факторы, неподконтрольные на местном уровне, в том числе современный глобальный экономический кризис (Lavis, Ross et al. 2002; Oxman, Lavis et al. 2009).

Принятие политических решений, не основанных на достоверной медико-санитарной информации, способно привести к сложностям в достижении намеченных целей. Например, программы и услуги общественного здравоохранения, разработанные таким образом, могут быть неэффективными, недействительными, несправедливыми или направлены на решение задач, не связанных с решением нужной проблемы (Oxman, Lavis et al. 2009). Такие последствия, как реальные, так и потенциальные, побудили Всемирную организацию здравоохранения (ВОЗ), среди прочего, подчеркнуть необходимость использования достоверной медико-санитарной информации при разработке политики в области общественного здравоохранения (ВОЗ 2004). Данная потребность нашла свое отражение в отчетах и рекомендациях таких влиятельных организаций, как Всемирный банк и ВОЗ, включивших акцент на фактах и степени использования медико-санитарной информации (Oxman, Lavis et al. 2007; Hoffman, Lavis et al. 2009).

Отмеченные осторожности связаны с существующими пробелами в процессах выявления, распространения и использования медико-санитарной информации для принятия решений. Понимание того, как можно устранить эти пробелы, является ключом для успешного применения накопленных знаний на практике.

Трансляция знаний в секторе здравоохранения является систематическим процессом использования медико-санитарной информации с целью улучшения здоровья, укрепления систем здравоохранения и принятия обоснованных решений в области политики здравоохранения (Graham, Logan et al., 2006; Straus, Tetroe et al. 2009). Для целей настоящей главы мы используем определение трансляции знаний (применение знаний на практике), разработанное Канадскими институтами исследований в области здравоохранения, а именно: «Применение знаний – динамичный и итеративный процесс, который включает синтез, распространение, обмен и этически приемлемое применение знаний для улучшения здоровья» населения (CIHR 2009). Это определение было принято ВОЗ, которая подчеркнула важность информационного разрыва между знаниями и действиями (ВОЗ 2006). Сокращение этого разрыва в настоящее время рассматривается Европейской комиссией в качестве приоритетной задачи. ЕС признает необходимость применения многочисленных подходов не только для распространения информации в области здравоохранения, но и для ее эффективного применения различными категориями специалистов — от врачей до лиц, принимающих решения (European Commission 2008).

То, каким образом происходит «передача знаний» от тех, кто создает медико-санитарную информацию, к тем, кто ею пользуется (должен пользоваться) – является важным компонентом трансляции знаний. Содействие распространению знаний состоит из двух ключевых процессов: методы представления медико-санитарной информации, чтобы она была легкодоступной и готовой к использованию (механизмы интеграции информации), и методы интерактивного обмена медико-санитарной информацией (интерактивные механизмы обмена знаниями) (Lavis, Catallo et al. 2013c, 2013d; Lavis and Catallo 2013).

В рамках проекта BRIDGE было принято решение, что методы интеграции информации должны включать «информационные продукты из различных средств массовой информации, которые сосредоточены, по крайней мере частично, на информации о системах здравоохранения и предназначены для поддержания процессов разработки политики» (Lavis, Catallo et al. 2013d). Информационная продукция может принимать форму «аналитических записок, тематических (проблемных) заметок, научных сводок, отчетов о политическом диалоге, научных докладов, презентаций, аудио-или видео-подкастов, видеоматериалов, блогов, обзоров по воздействию, информационных бюллетеней, ежегодных отчетов, а также мультфильмов и прочих визуальных форм подачи информации, а также других форм» (Lavis, Catallo et al. 2013d).

Интерактивные методы обмена знаниями – это «посреднические взаимодействия, которые сосредоточены, по крайней мере частично, на информации о системах здравоохранения и предназначены для поддержания процессов разработки политики» (Lavis, Catallo et al. 2013c). Взаимодействие может принимать форму «диалогов по вопросам политики, индивидуальных брифингов, учебных семинаров, онлайн-брифингов или вебинаров, онлайн-форумов для дискуссий, официальных сетей, неофициальных дискуссий и презентаций» (Lavis, Catallo et al. 2013c).

Посредничество в распространении знаний в контексте общественного здравоохранения

Лица, принимающие решения, и заинтересованные стороны в области общественного здравоохранения работают в различных структурах традиционных систем здравоохранения, а также в таких областях, как образование, социальная помощь и транспорт. Большинство эмпирических сведений, в том числе представленных в настоящей главе, относятся к организациям общественного здравоохранения, тесно взаимодействующим с системой здравоохранения. Однако аналогичные сведения, вероятно, применимы и к тем организациям, которые не взаимодействуют с ними (ВОЗ 2011). Можно выделить ряд ключевых концепций и ресурсов для посредничества в распространении знаний в области общественного здравоохранения.

Общественное здравоохранение на основе фактических данных

Одной из таких концепций является общественное здравоохранение с учетом фактических данных. Этот термин относится к процессу использования достоверных, надежных и обобщаемых источников фактических данных (или «информации» для целей настоящей главы) в процессе принятия решений в области общественного здравоохранения. Выходя за рамки концепции «общественного здравоохранения на основе научных данных», которое учитывает исключительно результаты научных исследований, «общественное здравоохранение

рание с учетом фактических данных» учитывает влияние большого спектра факторов, которые влияют на принимающиеся в области общественного здравоохранения решения, включая местные институциональные ограничения, интересы заинтересованных сторон и предпочтения населения (Ciliska, Thomas et al., 2008). Предлагая критический анализ существующих источников медико-санитарной информации, позволяя предотвратить некорректное использование информации и представляя информацию в контексте многих других факторов, влияющих на принятие решений, подход «общественное здравоохранение с учетом фактических данных» может принести ощутимую пользу директивным органам (Oxman, Lavis et al. 2009). Такой подход также предполагает ясность в отношении того, какой вид медико-санитарной информации был использован и по каким причинам был сделан выбор именно на нем. Общественное здравоохранение с учетом фактических данных также описывается как реакция на необходимость выявления и решения широко распространенных проблем общественного здравоохранения, оценки эффективности медицинских вмешательств, понимания местных условий и демонстрации политической и финансовой подотчетности (Armstrong, Waters et al. 2006).

Источники информации в области общественного здравоохранения

Различные виды и источники медико-санитарной информации могут быть полезными и важными для принятия решений в области общественного здравоохранения. Только использование множества источников информации позволит понять природу актуальных проблем общественного здравоохранения, проработать варианты их решения и стратегии реализации решений (Lavis, Oxman et al. 2009; Oxman, Lavis et al. 2009). В основе своей, наше понимание настоящих проблем формируется на основе рутинной информации, к которой относятся данные эпиднадзора за заболеваниями. Однако в целях разработки вариантов политики, программ или стратегий важным источником информации являются высококачественные систематические обзоры. Такие обзоры становятся все более распространенными и включают рассмотрение механизмов управления, финансирования и предоставления услуг в рамках систем здравоохранения (Lavis, Oxman et al. 2009; Lavis, Wilson et al. 2009). В рамках систематических обзоров предпринимается попытка ответить на научных вопрос посредством четко определенного процесса поиска литературы, а также оценки и синтеза высококачественных и достоверных научных данных (Cochrane Collaboration 2010). При отсутствии систематических обзоров важным источником медико-санитарной информации могут быть первичные исследования (например рандомизированные контролируемые исследования или когортные исследования).

Посредничество в распространении знаний и факторы, влияющие на использование медико-санитарной информации

В то время как посредники часто рассматриваются как отдельные лица или организации (Ward, House et al. 2009), посредническая деятельность в распространении знаний представляет собой сложный процесс, который включает в себя конкретные механизмы для оптимизации использования медико-санитарной информации в процессе принятия решений. В рамках проекта BRIDGE рассматривается вопрос применения механизмов представления информации или интерактивных методов обмена знаниями для преодоления разрыва между исследователями и лицами, принимающими решения. Существует ряд причин

отсутствия или недостаточной связи между этими двумя группами. Например, у исследователей или других заинтересованных сторон возникает необходимость проинформировать об острой проблеме общественного здравоохранения. С целью инициирования нужной политической реакции они формируют блок медико-санитарной информации, которая освещает эту проблему, а так же связанные с ней недостатки действия со стороны системы. Принимающие решения лица, находящиеся на другом конце «коммуникационного канала», постоянно получают сотни подобных сообщений, большинство из которых сфокусированы на описании проблемы, а не на вариантах решения этих проблем. Такой поток информации будет для них в большей степени «шумом, а не музыкой» (Lavis, Permanand et al. 2013b). Также при такой ситуации лица, принимающие решения, смогут столкнуться с несоответствием между информацией от исследователей (и других заинтересованных сторон) и своими видениями, ценностями и политическими целями (Aaserud, Lewin et al. 2005; Hennink and Stephenson 2005; Hughes 2007; Madden, King et al. 2009; Waddell, Lavis et al. 2005).

Есть и другие причины отсутствия связи между учеными и политиками. Одна из часто упоминаемых проблем заключается в том, что медико-санитарная информация редко предоставляется своевременно и в формате, отвечающим потребностям лиц, принимающих решения (Petticrew, Whitehead et al. 2004; Waddell, Lavis et al. 2005; Armstrong, Waters et al. 2007; Oxman, Lavis et al. 2007; Jewell and Bero 2008; Schur, Berk et al. 2009). Зачастую политики работают в очень сжатые сроки и поэтому нуждаются в оперативной и максимально актуальной информации. Им также нужна помощь для поиска медико-санитарной информации и адаптации ее формата, необходимого для информирования политических решений. Второй проблемой является отсутствие возможности для политиков, исследователей и других заинтересованных сторон собраться вместе и вести диалог о насущных проблемах общественного здравоохранения, возможных путях ее решения и ключевых вопросах реализации необходимых мер (Lavis, Ross et al. 2002; Hennink and Stephenson 2005; Waddell, Lavis et al. 2005; Armstrong, Waters et al. 2007; Oxman, Lavis et al. 2007; Jewell and Bero 2008; Campbell, Redman et al. 2009; Lavis, Catallo et al. 2013c).

Исследования, посвященные изучению предпочтений лиц, принимающих решения, в отношении медико-санитарной информации, предоставляют дополнительные сведения относительно факторов, которые особенно важны в области общественного здравоохранения. Региональные директивные органы общественного здравоохранения в Канаде сообщили о необходимости иметь на руках результаты систематических обзоров (Dobbins, Jack et al. 2007) и уделили приоритетное внимание необходимости его упрощения доступности такой информации (Dobbins, Rosenbaum et al. 2007). Они также отметили, что информация должна соответствовать их потребностям, быть из надежных и компетентных источников и предлагать основу для принятия политических и практических решений (Dobbins, Rosenbaum et al. 2007). Кроме того, лица, принимающие решения, указали, что личные встречи с исследователями (экспертами) будут способствовать адекватной «передаче» информации, в частности позволит определить наиболее оптимальные пути трансформации научных данных в политические решения и практические действия и будет способствовать лучшему использованию накопленной информации политиками здравоохранения (Dobbins, Jack et al. 2007).

Данные выводы согласуются с систематическим обзором, проведенным в рамках проекта BRIDGE (Catallo, Lavis et al. 2013). Мы обнаружили следующие фак-

торы, способствующие или препятствующие использованию медико-санитарной информации лицами, принимающими решения (как в здравоохранении, так и в других областях):

- Было установлено, что взаимодействие между исследователями и лицами, принимающими решения, увеличивает (а отсутствие взаимодействия уменьшает) перспективы использования медико-санитарной информации в процессе принятия политических решений, особенно в тех случаях, когда это взаимодействие носит неформальный характер (Lavis, Ross et al. 2002; Hennink and Stephenson 2005; Lavis, Davies et al. 2005; Armstrong, Waters et al. 2007; Oxman, Lavis et al. 2007; Jewell and Bero 2008; Campbell, Redman et al. 2009).
- Своевременность предоставления медико-санитарной информации способствовала расширению перспектив ее использования в процессе принятия политических решений (Petticrew, Whitehead et al. 2004; Lavis, Davies et al. 2005; Armstrong, Waters et al. 2007; Oxman, Lavis et al. 2007; Jewell and Bero 2008; Schur, Berk et al. 2009).
- Согласованность медико-санитарной информации с убеждениями, ценностями, интересами и целями лиц, принимающих решения, и заинтересованных сторон расширяет (а несогласованность ограничивает) перспективы использования информации в принятии политических решений (Aaserud, Lewin et al. 2005; Hennink and Stephenson 2005; Lavis, Davies et al. 2005; Hughes 2007; Madden, King et al. 2009).

Меры по поддержке посредничества в распространении знаний

Одной из сохраняющихся проблем в области посредничества в распространении знаний является разрыв между теми, кто генерирует и готовит информацию, и теми, кто ее использует. Исследования показали, что пассивное предоставление медико-санитарной информации лицам, принимающим решения, лишь незначительно способствует использованию результатов исследований в процессе принятия решений (Grimshaw, Shirran et al. 2001; Kerner 2006).

Организации - информационные брокеры, занимающиеся посредничеством в распространении знаний (более подробную информацию см. в следующем разделе), используют следующие четыре группы мер содействия в использовании результатов исследований. К их числу относятся (Lavis, Lomas et al. 2006):

- меры по «активному продвижению» (предоставлению по инициативе поставщика) медико-санитарной информации для лиц, принимающих решения в области общественного здравоохранения, и заинтересованных сторон;
- меры по «поддержке пользователя» - меры по обеспечению пользователя готовой обобщенной медико-санитарной информацией по запросу пользователя;
- меры по формированию «информационного потенциала пользователей» в целях эффективного поиска и создания информации, а также использования существующих информационных ресурсов;
- меры по «поддержанию обмена» медико-санитарной информацией между директивными органами общественного здравоохранения и создателями информации.

Организации-посредники могут использовать эти меры в сочетании с инновационными методами интеграции информации и интерактивными методами обмена знаниями. Например, оптимально оформленная информация может использоваться в контексте всех четырех видов деятельности, указанных выше.

«Активное продвижение» информации – меры, направленные на обеспечение доведения информации до лиц, принимающих решения, и заинтересованных сторон; реализация таких мер может осуществляться при помощи промежуточного звена – организаций-посредников (Lavis, Lomas et al. 2006). Типичным примером такого «стимулирующих» мер является создание на основе данных качественного обзора ситуации в области охраны здоровья «ключевого побуждающего к определенным действиям сообщения» с последующей его доработкой до различных форматов, понятных и приемлемых для использования различными категориями лиц, принимающих решения. Часто у организаций возникает необходимость в помощи посредников специалистов в области коммуникаций с компетенциями и опытом в вопросах создания таких сообщений и подготовки стратегий по доведению информации до различных категорий профессионального сообщества в сфере здравоохранения (Lavis, Robertson et al. 2003).

В рамках мер по «поддержке пользователей» организации-посредники выполняют задачи по обеспечению готовности (доступности) необходимой информации в нужное время (когда такая информация нужна лицам, принимающим решения) в нужном (приемлемом) виде (Lavis, Lomas et al. 2006) в формате либо так называемого «единого портала/единого ресурса» (т.е. объединения всей необходимой медико-санитарной информации на определенном едином домене и обеспечение ее доступности), либо в формате политического диалога, инициированного для решения срочного вопроса. К первой группе относятся ресурсы Health Evidence (база данных с информацией о систематических обзорах эффективности вмешательств в сфере общественного здравоохранения), а также Health Systems Evidence (портал для систематических обзоров, экономических оценок и многих других видов медико-санитарной информации по вопросам управления, финансирования и обеспечения населения, а также реализации стратегии здравоохранения) (Lavis, Permaand et al. 2013a, 2013b). Информация ресурса Health Systems Evidence доступна на пяти самых распространенных языках Европы (английском, французском, португальском, русском и испанском). Примером второго подхода являются диалоги по вопросам политики здравоохранения, организуемые Европейской обсерваторией по системам и политике здравоохранения, которые проводятся с периодичностью в несколько недель и месяцев (Lavis, Catallo et al. 2013c).

Меры по формированию «информационного потенциала пользователей» могут принимать несколько форм (Lavis, Lomas et al. 2006). Посредники и лица, принимающие решения, действующие в структуре организаций общественного здравоохранения, могут использовать инструменты самооценки для изучения собственных возможностей в вопросах получения, анализа, адаптации и применения медико-санитарной информации (Canadian Health Services Research Foundation 2005). Кроме того, они могли бы развивать (или помогать развивать) потенциал лиц, принимающих решения, и заинтересованных сторон в вопросах поиска и использования медико-санитарной информации (Lavis, Robertson et al. 2003). Они могли бы также внедрять механизмы, предопределяющие необходимость использования лицами, задействованными в разработке политики, медико-санитарной информации. Например, утвердить требование сопровождать подаваемые в правительство предложения по реализации необходимых мероприятий и стратегий в сфере здравоохранения (т. е. пакеты документов для одо-

бления новой или существующей политики, программы или финансирования), обоснованных на основе медико-санитарной информации в поддержку предполагаемых мер (Lavis, Lomas et al. 2006).

Наконец, меры по «обеспечению обмена информацией» предполагают привлечение организаций-посредников к созданию возможностей для проведения диалога лиц, задействованных в разработке политики, и заинтересованных сторон с исследователями в области общественного здравоохранения. Информационные брокеры могут быть представлены различными элементами существующих структур, в том числе академическим сообществом (например научно-исследовательский центр), государственным сектором (например департамент государственной стратегии), или на их стыке (например независимый аналитический центр) (Lavis, Jessani et al. 2013e). Квалифицированный посредник в распространении знаний признает необходимость использования различных стратегий для привлечения разработчиков политики, в том числе посредством личного и постоянного взаимодействия, когда обе стороны вносят свой вклад в решение вопросов политики (Lavis, Lomas et al. 2006; Lomas 2000, 2007). Посредник также может способствовать проведению двустороннего диалога между исследователями в области здравоохранения и лицами, задействованными в разработке политики, чтобы они совместно могли обсудить важные проблемы здравоохранения и целый ряд других факторов для прояснения определенной проблемы, вариантов ее решения и условий выполнения решений.

Организации-посредники в сфере общественного здравоохранения: результаты проекта BRIDGE

В рамках проекта BRIDGE исследовательская группа определила национальных корреспондентов из 31 европейской страны (в то время это были 27 государств-членов ЕС, Исландия, Лихтенштейн, Норвегия и Швейцария), которые определили потенциальных организаций-посредников; далее на основании жестких критериев команда проекта отобрала организации, соответствующие проектному определению «организация – информационный брокер», и собрали с интернет-сайтов этих организаций информацию, используя распространенные инструменты сбора данных. Целью исследования было выявить организации с, как минимум, частичным фокусом на вопросы здравоохранения, описать используемые ими механизмы распространения знаний и определить используемые ими инновационные подходы в распространении знаний. Более подробная информация о методах, используемых в BRIDGE, приведена в другой книге (Lavis and Catalo 2013).

Из 404 организаций-посредников в распространении знаний в Европе, которые рассматривались на предмет включения в исследование в период с сентября 2009 г. по март 2010 г., 163 удовлетворяли критериям отбора. Четыре из них были международными, 17 были сосредоточены на группе европейских стран (таких как ЕС или Европейский регион Всемирной организации здравоохранения), а остальные — на национальном или субнациональном уровне. Мы не включали посреднические организации, которые были ориентированы, в первую очередь, на принятие политических позиций (например политических организаций) или исключительно на клинических проблемах, или вопросах здравоохранения, не связанных в широком смысле с проблемами систем здравоохранения (например агентства по оценке технологий учреждений здравоохранения, которые готовят доклады о том, следует ли вводить новые вакцинации), или организации, которые, прежде всего, обеспечивают

сбор и проверку данных или имеют исходную иную целевую аудиторию, нежели лица, задействованные в разработке политики, в Европе. Мы также исключили организации, которые не размещают большую часть своих данных в свободном доступе.

В целом, по итогам изучения веб-ресурсов организаций BRIDGE было определено 87 организаций, деятельность которых была связана с вопросами общественного здравоохранения. Большинство организаций рассматривало в качестве своей основной целевой аудитории для посреднической деятельности в распространении знаний политиков на национальном и субнациональном уровнях ($n = 83$), а также гражданских служащих ($n = 82$). Хотя организации общественного здравоохранения, как правило, размещают информацию на своих веб-сайтах частым путем, распространенной информацией для них были такие традиционные механизмы, как публикация докладов и информационные бюллетени. Организации реже используют интерактивные методы обмена знаниями.

Что касается механизмов подготовки и предоставления информации, то организации использовали множество традиционных и инновационных механизмов интеграции информации. К числу традиционных можно отнести:

- (за исключением систематических обзоров), например: научные доклады, рабочие документы, доклады по вопросам политики, страновые обзоры и обзоры сектора здравоохранения; эта информация наиболее часто размещалась на веб-сайтах организаций ($n = 131$);
- информационные бюллетени встречались несколько ($n = 44$);
- годовые отчеты были третьим по частоте среди наиболее распространенных способов подачи информации ($n = 17$).

Инновационные информационные продукты позволяли представить информацию по общественному здравоохранению в удобном для чтения виде, но не все данные базировались на систематических обзорах и не всегда предлагались брифинги или возможности направлять онлайн-комментарии.

С точки зрения методов интеграции информации для организаций в области общественного здравоохранения было характерно следующее:

- в качестве целевой аудитории для предоставления информации, как правило, рассматривались лица, задействованные в разработке политики ($n = 68$);
- предлагаемая информация базировалась преимущественно на данных научных исследований (т.е. первичных научных данных) ($n = 55$) или серии научных разработок ($n = 43$), хотя в некоторых случаях в основе информации были данные систематических обзоров ($n = 18$);
- внимание фокусировалось на политических проблемах ($n = 61$), при этом другие предлагали рассмотрение проблемы под разными углами зрения ($n = 52$) или рассматривали варианты реализации решения ($n = 44$);
- информационные материалы и ресурсы создавались на доступном языке ($n = 56$), при этом они реже соответствовали формату, предполагающему наличие краткого резюме с перечнем основных положений, ($n = 46$) и в них не всегда четко выделялась информация, которая важна для принятия решений ($n = 44$).

Лишь в некоторых случаях используемые методы интеграции информации предлагали целевой аудитории возможности размещения онлайн-комментариев или брифингов по информационному продукту ($n = 3$), вместе с тем в

большинстве случаев предлагалась возможность подписаться на оповещение/рассылку по электронной почте при появлении новых продуктов (n = 29).

Инновационными формами представления информации были краткие содержания докладов (за исключением систематических обзоров) (n = 20) и проблемные статьи (n = 12). Также к новаторским подходам можно отнести резюме журнальных статей или систематических обзоров, тематические сборники (в действительности был определен только один подобный случай), аналитические записки и отчеты о диалогах по вопросам политики (вставка 18.1).

Вставка 18.1 Примеры инновационных методов интеграции информации

Краткое содержание результатов исследования

Примером такой формы может быть краткое содержание результатов одного конкретного исследования. Хорошим примером являются краткие содержания исследования, представленные на интернет ресурсе научного подразделения персональных социальных служб (<http://www.pssru.ac.uk>) в Соединенном Королевстве. На портале подразделения представлены краткие содержания научных исследований, включающие цели исследования, основные результаты и будущие направления исследований.

Краткое содержание систематического обзора

В документе данной категории в краткой форме представлены результаты систематического обзора. Проект по развитию системы обзоров и исследований в области политики здравоохранения, именуемый SUPPORT (от английского названия – SUPporting Policy Relevant reviews and Trials) (<http://www.support-collaboration.org/index.htm>), является ресурсом по предоставлению результатов систематических обзоров, в том числе по проблемным вопросам общественного здравоохранения, например о целесообразности назначения препаратов железа во время беременности в целях улучшения результатов течения беременности и внутриутробного развития плода. В структуре предлагаемых SUPPORT материалов содержится информация, необходимая для того, чтобы полноценно интерпретировать результаты систематического обзора: информация о предмете исследования (проблеме), изложение основных результатов (включая критическую оценку данных, лежащих в основе этих выводов), а также оценка актуальности обзора (в том числе представлены такие аспекты обзора, как возможности применения его результатов, вопросы справедливости, экономической эффективности и необходимости контроля и оценки). Другим примером являются структурированные информационные материалы, предлагаемые Сетью фактических данных по вопросам здоровья «Health Evidence Network» (СФДЗ, HEN), расположенной на базе Европейского регионального бюро ВОЗ. При этом стоит отметить, что не вся информация в HEN представляет собой краткое содержание систематических обзоров.

Тематические сборники

Тематический сборник представляет собой сборники резюме (аннотаций) тематически ориентированных статей или докладов, в которых излагаются выводы отдельных исследований, систематических обзоров или и того, и другого. Сборник, объединяющий различные точки зрения по одному вопросу, позволяет получить в одном документе комплексное представление по обсуждаемой теме. Такой подход позволяет специалистам, интересующимся конкретной проблемой, сэкономить усилия в поиске разносторонней информации, предоставив им возможность рассмотреть проблему «сквозь» время или существующие юрисдикции, а также помо-

гая определить круг других специалистов, интересующихся этой же проблемой. Примером такого подхода является тематический проект Агентства по исследованиям и разработкам в области здравоохранения в Нидерландах (<http://www.zonmw.nl/en/>). В представленном организацией сборнике «Синтез знаний» содержится сводная информация о финансируемых ею проектах, реализуемых с целью изучения путей снижения финансовых расходов при сохранении качества.

Аналитические записки по вопросам политики

Аналитическая записка — это отчет, который начинается с описания политической проблемы и обобщает соответствующие данные исследований по этой проблеме, вариантах ее решения и рекомендациях по выполнению решений. Поиск таких информационных продуктов может быть непростой задачей, поскольку многие из них называются аналитическими записками, но не отвечают этому определению, в то время как другие отвечают определению, но называются по-другому (например, в системе фактических данных систем здравоохранения HSE они именуются как «Краткие сводки по вопросам политики»). Вышеуказанным критериям полностью соответствует серия аналитических записок, подготовленная размещенным на Европейском региональном бюро ВОЗ ресурсом HEN. В качестве примера можно привести аналитическую записку о возможных действиях системы здравоохранения в ответ на старение населения. Другой пример - аналитическая записка по вопросу развития системы комплексной помощи пациентам с хроническими заболеваниями; это одна из первых в серии аналитических записок запланированных Норвежским центром знаний для служб здравоохранения (<http://www.kunnskapssenteret.no/Home>).

Отчет о диалогах по вопросам политики

В отчете о диалогах по вопросам политики излагаются выводы проведенного политического диалога, в ходе которого лица, принимающие решения, заинтересованные стороны и исследователи на основании заранее подготовленных материалов (в том числе благодаря предварительно подготовленным аналитическим запискам) и в формате обмена мнениями и опытом обсудили аспекты актуальной политической проблемы и варианты ее решения. Такие документы выходят далеко за рамки стандартных отчетов о совещаниях и, в лучшем случае, содержат весомый интеллектуальный потенциал для выработки различными категориями лиц, принимающими решения, новых подходов. Примером является серия отчетов о диалогах по вопросам политики, подготовленная Эстонским Центром политических исследований PRAXIS (<http://www.praxis.ee>).

Источник: Обновленные данные согласно Lavis, Catallo et al. (2013d)

Что касается методов обмена знаниями, то большинство организаций общественного здравоохранения в Европе опираются на традиционные, а не интерактивные методы, к числу которых относятся выступления перед аудиторией, в том числе перед лицами, принимающими решения, и заинтересованными сторонами (например на конференциях), совещания с участием экспертов, семинары и практикумы (n = 73). Сообщалось также, хотя и реже, о создании сетей для обсуждения исследовательских проектов (в отличие от рабочих групп, созываемых правительством) (n = 4).

Отмечались также и инновационные подходы интерактивных методов обмена знаниями, которые использовались чаще, чем традиционные методы, в следующих случаях:

- семинары-практикумы, которые бы помогали лицам, принимающим решения, развивать навыки поиска и применения медико-санитарной информации в вопросах политики (n = 14);
- персонализированные встречи, которые предполагали формализованное взаимодействие организаций-посредников и лиц, задействованных в разработке политики (n = 12).
- открытые дискуссионные онлайн-форумы, такие как блоги, Facebook и Twitter (n = 9).

Однако некоторые из этих интерактивных методов обмена знаниями были приурочены к осуществлявшимся процессам разработки политики или были организованы по запросу лиц, задействованных в разработке политики, и только в редких случаях строились именно на диалоге между официальными лицами и организациями-посредниками. С точки зрения организации и поддержания использования интерактивных методов обмена знаниями организациями общественного здравоохранения был представлен следующий опыт:

- как правило их работа была обращена в адрес других заинтересованных сторон (n = 59) и лиц, принимающих решения в области политики (n = 48) как ключевую аудиторию для предоставления информации;
- разрабатывали специальные подходы, например разработку программы научных исследований (n = 4) и систематизации существующей научной информации (n = 34) в ответ на проблему, поднятую лицами, задействованными в разработке политики (n = 33), при этом некоторые методы были основаны на систематических обзорах (n = 8) и первичных исследованиях (n = 27);
- реже инновационные методы использовались для рассмотрения проблем или задач политического характера (n = 36) или для определения вариантов стратегических решений (n = 42) или вариантов реализации решений (n = 33);
- редко использование инновационного метода было приурочено по времени к процессу разработки политики (n = 19);
- использовали практику «закрытых совещаний» с закрытым списком приглашенных (n = 19), с ограниченным предварительным распространением информационной продукции (n = 4) и без установления правил предоставления комментариев (n = 2);
- чаще использовали формат докладов экспертов (n = 41), реже использовали интерактивный формат, например сессии вопросов и ответов с экспертами (n = 28), либо комментарии лиц, принимающих решения, с последующими комментариями или ответами экспертов (n = 16) или диалог, в рамках которого каждый участник мог бы внести свой вклад в развитие обсуждения темы (n = 19);
- в большинстве случаев предлагали личное взаимодействие (N = 45) и редко предлагали информационные продукты, разработанные на основе таких взаимодействий (n = 19), либо же предоставляли возможность подписаться на оповещение по электронной почте/рассылку о появлении новых публикаций (n = 13).

К числу более инновационных форм интерактивного обмена знаниями можно отнести дискуссионные онлайн-форумы, онлайн-брифинги или вебинары, учебные практикумы, персонализированные брифинги и диалоги по вопросам политики (вставка 18.2).

Вставка 18.2 Примеры инновационных интерактивных методов обмена знаниями**Дискуссионные онлайн-форумы**

Онлайн-форум для дискуссий предоставляет лицам, задействованным в разработке политики, и заинтересованным сторонам возможность взаимодействовать с исследователями и посредниками в распространении информации. Блог – это один из видов онлайн-форума для дискуссий, хорошим примером которого является серия блогов PRAXIS вышеупомянутого Центра политических исследований Praxis. В этой серии (ведется на эстонском языке) обсуждаются текущие результаты исследований в плоскости проблем систем здравоохранения. Примером дискуссионной площадки по вопросам общественного здравоохранения является блог, посвященный проблеме комплексной социальной защиты стареющего населения. Другой пример – серия блогов по множеству тем, связанных с укреплением здоровья, которая ведется Фондом Джозефа Роунтри в Соединенном Королевстве (<http://www.jrf.org.uk/>). В рамках блогов Фонда ведется обсуждение вопросов здравоохранения в районах проживания, а также воздействия нищеты на здоровье.

Онлайн-брифинги и вебинары

Онлайн-брифинг или вебинар — это веб-презентация исследователя или посредника, которая позволяет лицам, задействованным в разработке политики, и заинтересованным сторонам взаимодействовать в режиме реального времени по вопросам, поднятым в презентации. Хорошим примером является серия онлайн-брифингов, созданная Королевским Фондом в Соединенном Королевстве (<http://www.kingsfund.org.uk/>). Такие мероприятия включают в себя веб-трансляции завтраков или семинаров с участием лиц, задействованных в разработке политики, других заинтересованных сторон и исследователей, аудио- и видеозаписи которых позже становятся доступны на веб-сайте Королевского Фонда. Несмотря на то, что мероприятия транслируются он-лайн, не всегда у он-лайн (удаленных) участников есть возможность задавать в режиме реального времени вопросы выступающим; вместе с тем комментарии он-лайн участников в Твиттере могут быть перенаправлены докладчиком в форме вопросов.

Учебные семинары-практикумы

Учебный семинар представляет собой мероприятие, целью которого является оказание помощи лицам, задействованным в разработке политики, и заинтересованным сторонам в повышении их навыков в поиске и использовании медико-санитарной информации. Хорошим примером является учебный семинар, первый из запланированной серии семинаров, организованный Норвежским центром знаний для служб здравоохранения. Семинар в значительной степени опирается на инструменты SUPPORT для формирования политики на основе фактических данных (Lavis, Oxtman et al. 2009) и рассматривает вопросы поиска и использования медико-санитарной информации для прояснения проблемы, формулирования вариантов ее решения и определения возможностей их выполнения (Lavis 2009; Lavis, Wilson et al. 2009). Европейский центр профилактики и контроля заболеваний (ECDC) предлагает несколько иной формат тренингов. Так, в рамках Европейской программы по обучению в области эпидемиологии предлагается двухгодичная программа профессиональной подготовки (в области эпидемиологии) для работников общественного здравоохранения и лиц, принимающих решения.

Персональный брифинг

Персональный брифинг — это официальное очное представление и обсуждение медико-санитарной информации по направлениям, обозначенным и сформулированным лицами, принимающими решения, и заинтересованными сторонами. Национальный институт здравоохранения и социального обеспечения Финляндии является примером организации, которая проводит персональные брифинги для национального парламента или парламентского комитета.

Диалоги по вопросам политики (политические диалоги)

Диалог по вопросам политики инициируется для разработчиков политики, заинтересованных сторон и исследователей для обсуждения вопросов политики. Как упоминалось выше, такую серию диалогов организует Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения.

Источник: Адаптированные данные Lavis, Catallo et al. (2013c)

Работа с национальными корреспондентами и использование данных с веб-сайтов организаций позволили эффективно определить и в определенной степени охарактеризовать организации-посредники в распространении знаний в области общественного здравоохранения в Европе. Сильной стороной избранного подхода были: использование четких критериев приемлемости, использование инструмента сбора данных, включение этапа проверки для оценки приемлемости и участие двух человек на каждом этапе процесса. Очевидным недостатком такого подхода было то, что представленная на веб-сайтах информация не всегда позволяла получить «полную картину» о деятельности организации. Например, некоторые организации, имеющие лишь частичный мандат в осуществлении деятельности в области общественного здравоохранения, могли осуществлять значительно больше мероприятий в данной области, чем это было отражено на их сайте. В частности, мы, возможно, пропустили интерактивные мероприятия по обмену знаниями, которые не были указаны на веб-сайтах организаций. Еще одним недостатком нашего подхода являлось то, что некоторые элементы сбора данных, в частности те, которые выполнялись одним-двумя отдельными лицами в каждой стране, имели субъективный аспект.

Заключение: следующие шаги по распространению знаний в области общественного здравоохранения

В настоящей главе освещены области, в которых успешно работают организации, выступающие посредниками в распространении знания в области общественного здравоохранения в Европе, а также области, в которых такую работу еще предстоит сделать. Надеемся, что данная глава окажется стимулом для обсуждения путей создания, совершенствования и поддержки более широкого использования данных и интерактивных методов обмена знаниями для лиц, принимающих решения, и заинтересованных сторон.

Выявление организаций-посредников, действующих в области общественного здравоохранения в Европе, могло бы стать первым шагом к созданию сети организаций-единомышленников, которые учатся друг у друга, в том числе и инновационным методам трансляции знаний. Эмпирическое исследование влияния инновационных механизмов на принятие решений в области общественного здравоохранения могло бы внести большой вклад в поддержку и развитие такого «взаимного обучения».

К областям, на которых организации могли бы сосредоточить внимание, можно отнести более инновационные методы интеграции данных, полученные из более высококачественных источников медико-санитарной информации, таких как систематические обзоры, первичные исследования или обобщение результатов исследований. В то же время необходимо фокусироваться на наиболее острых и актуальных для лиц, принимающих решения, вопросах общественного здравоохранения. Что касается интерактивных методов обмена знаниями, то более инновационные методы позволяют сосредоточить внимание на таких же источниках медико-санитарной информации для обеспечения двустороннего обмена данными по вопросам, касающимся общественного здравоохранения. В отношении обоих механизмов (интеграция информации и обмен знаниями) организации могут рассмотреть возможность уделения большего внимания оказанию помощи в выявлении проблемы общественного здравоохранения или политической цели, а также предоставлению вариантов ее решения и их выполнения. Несмотря на то, что большинство организаций-посредников, представленные в настоящей главе, используют сайты, они могут рассмотреть возможности более эффективного использования своих веб-платформ. Для этого могут быть внедрены в практику онлайн-брифинги о методах интеграции информации для лиц, принимающих решения, и заинтересованных сторон; размещение информационных продуктов, разработанных на основе методов под интерактивного обмена знаниями; а также предоставление возможности подписки (по электронной почте) на появление новых информационных продуктов.

Примечание

¹ Команда BRIDGE: Josep Figueras, Mark Leys, David McDaid, Gabriele Pastorino, Govin Permanand, и John-Arne Rottingen. Исследование, результаты которого представлены в настоящей главе, было профинансировано в рамках Седьмой рамочной программы Европейского сообщества (FP7 / 2007–2013) в соответствии с соглашением о выделении гранта № 223473. Европейская комиссия не несет ответственности за любое использование информации, содержащейся в настоящей главе; исключительная ответственность за это лежит на авторах.

Библиография

- Aaserud, M., S. Lewin, S. Innvaer, E. J. Paulsen, A. T. Dahlgren, M. Trommald, L. Duley, M. Zwarenstein and A. D. Oxman (2005). "Translating research into policy and practice in developing countries: a case study of magnesium sulphate for preeclampsia." *BMC Health Services Research* 5: 68.
- Armstrong, R., E. Waters, B. Crockett and H. Keleher (2007). "The nature of evidence resources and knowledge translation for health promotion practitioners." *Health Promotion International* 22(3): 254-260.
- Armstrong, R., E. Waters, H. Roberts, S. Oliver and J. Popay (2006). "The role and theoretical evolution of knowledge translation and exchange in public health." *Journal of Public Health* 28(4): 384-389.
- Campbell, D. M., S. Redman, L. Jorm, M. Cooke, A. B. Zwi and L. Rychetnik (2009). "Increasing the use of evidence in health policy: practice and views of policy makers and researchers." *Australia and New Zealand Health Policy* 6: 21.
- Canadian Health Services Research Foundation (2005). *Is Research Working for You? A self-assessment tool and discussion guide for health services and policy organizations.* Ottawa, Canadian Health Services Research Foundation.
- Canadian Institutes of Health Research (CIHR) (2009). *About Knowledge Translation.* Ottawa, CIHR. [<http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/29418.html>, по состоянию на 15 ноября 2018 г.]

- Catallo, C., J. N. Lavis and M. Ellen (2013). "What past research tells us about knowledge brokering: a systematic review and a scoping review." In J. N. Lavis and C. Catallo, Eds. *Bridging the Worlds of Research and Policy in European Health Systems*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Ciliska, D., H. Thomas and C. Buffet (2008). *An Introduction to Evidence-informed Public Health and a Compendium of Critical Appraisal Tools for Public Health Practice*. Hamilton, ON, National Collaborating Centre for Methods and Tools.
- Cochrane Collaboration (2010). What is the Difference between a Protocol and a Review? [<http://www.cochrane.org/faq/what-difference-between-protocol-and-review>, по состоянию на 20 сентября 2018 г.].
- Culyer, A. J. and J. Lomas (2006). "Deliberative process and evidence-informed decisionmaking in health care: do they work and how might we know?" *Evidence and Policy* 12(31): 357-371.
- Dobbins, M., S. Jack, H. Thomas and A. Kothari (2007). "Public health decision-makers' informational needs and preferences for receiving research evidence." *Worldviews on Evidence-Based Nursing* 4(3): 153-163.
- Dobbins, M., P. Rosenbaum, N. Plews, M. Law and A. Fysh (2007). "Information transfer: what do decision makers want and need from researchers?" *Implementation Science* 2: 20.
- European Commission (2008). *Scientific Evidence for Policymaking*. Brussels, European Commission, Directorate-General for Research (EUR 22982 EN).
- Graham, I. D., J. Logan, M. B. Harrison, S. E. Straus, J. Tetroe and W. Caswell (2006). "Lost in knowledge translation: time for a map?" *Journal of Continuing Education in the Health Professions* 26(1): 13-24.
- Grimshaw, J., L. Shirran, R. Thomas, G. Mowatt, C. Fraser, L. Bero, R. Grilli, E. Harvey, A. Oxman and M. A. O'Brien (2001). "Changing provider behaviour: an overview of systematic reviews of interventions." *Medical Care* 39 (Suppl. 2): I12-I145.
- Hennink, M. and R. Stephenson (2005). "Using research to inform health policy: barriers and strategies in developing countries." *Journal of Health Communication* 10: 163-180.
- Hoffman, S. J., J. N. Lavis and S. Bennett (2009). "The use of research evidence in two international organizations' recommendations about health systems." *Healthcare Policy* 5(1): 66-86.
- Hughes, C. E. (2007). "Evidence-based policy or policy-based evidence? The role of evidence in the development and implementation of the illicit Drug Diversion initiative." *Drug and Alcohol Review* 26: 363-368.
- Jewell, C. J. and L. Bero (2008). "'Developing good taste in evidence': facilitators and hindrances to evidence-informed policymaking in state government." *Milbank Quarterly* 86(2): 177-208.
- Kerner, J. F. (2006). "Knowledge translation versus knowledge integration: a 'funders' perspective." *Journal of Continuing Education in the Health Professions* 26(1): 72-80.
- Lavis, J. N. (2009). "How can we support the use of systematic reviews in policymaking?" *PLoS Medicine* 6(11): e1000141.
- Lavis, J. N. and C. Catallo, Eds. (2013). *Bridging the Worlds of Research and Policy in European Health Systems*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Lavis, J. N., C. Catallo, N. Jessani, G. Permanand, A. Zierler and the BRIDGE Study Team (2013c). *Learning from One Another: Enriching interactive knowledge-sharing mechanisms to support knowledge brokering in European health systems*. Policy Summary 8 (BRIDGE series). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Lavis, J. N., C. Catallo, G. Permanand, A. Zierler, and the BRIDGE Study Team (2013c). *Matching Form to Function: Designing Organizational Models to Support Knowledge Brokering in European Health Systems*, Policy summary 9 (BRIDGE series). Brussels: European Observatory on Health Systems and Policies.
- Lavis, J. N., C. Catallo, G. Permanand, A. Zierler, and the BRIDGE Study Team (2013d). *Communicating Clearly: Enhancing Information-Packaging Mechanisms to Support Knowledge Brokering in European Health Systems*. Policy summary 7 (BRIDGE series). Brussels: European Observatory on Health Systems and Policies.

- Lavis, J. N., H.T.O. Davies, A. D. Oxman, J.-L. Denis and K. Golden-Biddle (2005). "Towards systematic reviews that inform health care management and policymaking." *Journal of Health Services Research and Policy* 10(S1): 35-48.
- Lavis, J. N., N. Jessani, C. Catalo, G. Permanand, A. Zierler and the BRIDGE Study Team (2013e). *Matching Form to Function: Designing Organizational Models to Support Knowledge Brokering in European Health Systems*. Policy summary 9 (BRIDGE series). Brussels: European Observatory on Health Systems and Policies.
- Lavis, J. N., J. Lomas, M. Hamid and N. K. Sewankambo (2006). "Assessing country-level efforts to link research to action." *Bulletin of the World Health Organization* 84(8): 620-628.
- Lavis, J. N., A. D. Oxman, S. Lewin and A. Fretheim (2009). "SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP)." *Health Research Policy and Systems* 7(Suppl. 1): 11 [<http://www.health-policy-systems.com/content/pdf/1478-4505-7-S1-11.pdf>] (по состоянию на 20 сентября 2018 г.).
- Lavis, J. N., G. Permanand, C. Catalo and the BRIDGE Study Team (2013a). *How can Knowledge Brokering be Advanced in a Country's Health System?* Policy Brief 17 (BRIDGE Series). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Lavis, J. N., G. Permanand, C. Catalo and the BRIDGE Study Team (2013b). *How can Knowledge Brokering be Better Supported Across European Health Systems*. Policy Brief 16 (BRIDGE Series). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Lavis, J. N., D. Robertson, J. M. Woodside, C. B. McLeod and J. Abelson (2003). "How can research organizations more effectively transfer research knowledge to decision makers?" *Milbank Quarterly* 81(2): 221-248.
- Lavis, J. N., S. E. Ross, J. E. Hurley, J. E. Hohenadal, G. L. Stoddart, C. A. Woodward and J. Abelson (2002). "Examining the role of health services research in public policymaking." *Milbank Quarterly* 80(1): 125-154.
- Lavis, J. N., M. G. Wilson, A. D. Oxman, J. Grimshaw, S. Lewin and A. Fretheim (2009). "SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 5. Using research evidence to frame options to address a problem." *Health Research Policy and Systems* 7(Suppl. 1): S5 [<http://www.health-policy-systems.com/content/7/S1/S5>]. (по состоянию на 20 сентября 2018 г.)
- Lomas, J. (2000). "Using 'linkage and exchange' to move research into policy at a Canadian foundation: encouraging partnerships between researchers and policy makers is the goal of a promising new Canadian initiative." *Health Affairs* 19(3): 236-240.
- Lomas, J. (2007). "The in-between world of knowledge brokering." *British Medical Journal* 334(7585): 129-132.
- Madden, L., L. King and A. Shiell (2009). "How do government health departments in Australia access health economics advice to inform decisions for health? A survey." *Australia and New Zealand Health Policy* 6: 6.
- Oxman, A. D., J. N. Lavis and A. Fretheim (2007). "Use of evidence in WHO recommendations." *The Lancet* 369(9576): 1883-1889.
- Oxman, A. D., J. N. Lavis, S. Lewin and A. Fretheim (2009). "SUPPORT Tools for evidence-informed Policymaking (STP). 1. What is evidence-informed policymaking?" *Health Research Policy and Systems* 7(Suppl. 1): S1 [<https://health-policy-systems.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4505-7-S1-S1>, по состоянию на 15 ноября 2018 г.].
- Petticrew, M., M. Whitehead, S. J. Macintyre, H. Graham and M. Egan (2004). "Evidence for public health policy on inequalities: 1: The reality according to policymakers." *Journal of Epidemiology and Community Health* 58: 811-816.
- Schur, C. L., M. L. Berk, L. E. Silver, J. M. Yegian and M. J. O'Grady (2009). "Connecting the ivory tower to main street: setting research priorities for real-world impact." *Health Affairs* 28(5): w886-w899.
- Straus, S., J. Tetroe and I. D. Graham (2009). "Knowledge to action: what it is and what it isn't." In *Knowledge Translation in Health Care: Moving evidence to practice*. S. Straus, J. Tetroe and I. D. Graham, Eds. Chichester, Wiley-Blackwell Publishing.

- Waddell, C., J. N. Lavis, J. Abelson, J. Lomas, C. A. Shepherd, T. Bird-Gayson, M. Giacomini and D. R. Offord (2005). "Research using children's mental health policy in Canada: maintaining vigilance amid ambiguity." *Social Science and Medicine* 61: 1649-1657.
- Ward, V., A. House and S. Hamer (2009). "Knowledge brokering: the missing link in the evidence to action chain?" *Evidence and Policy* 5(3): 267-279.
- World Health Organization (WHO) (2004). The Mexico Statement on Health Research [www.who.int/rpc/summit/agenda/Mexico_Statement-English.pdf, по состоянию на 25 сентября 2018 г.]. Geneva, WHO.
- World Health Organization (WHO) (2006). Bridging the "Know-Do" Gap. Meeting on knowledge translation in global health.
- World Health Organization (WHO) (2011). Health Impact Assessment: The determinants of health [<http://www.who.int/hia/evidence/doh/en/>, по состоянию на 20 сентября 2018 г.]. Geneva, WHO.

глава 19

Извлечение уроков

Bernd Rechel, Martin McKee

Введение

Как уже отмечалось во введении к этой книге, общественное здравоохранение в Европе достигло огромных успехов, но многое еще предстоит сделать. При этом в некоторых странах достижения предыдущих лет постепенно сводятся на нет правительствами, которые руководствуются более индивидуалистскими идеологиями или стремятся принять политику жесткой экономии. В заключительной главе собраны некоторые из основных выводов, которые следуют из глав этого тома. Она не ставит своей целью свести воедино исчерпывающие данные, а скорее стремится информировать участников дискуссии о том направлении, в котором следует направить общественное здравоохранение в Европе на следующем этапе.

Укрепление информационной базы

Один важный вывод, проходящий через многие главы этой книги, заключается в том, что в наших знаниях имеются большие пробелы практически по всем аспектам систем и структур общественного здравоохранения в Европе. Зачастую отсутствуют даже базовые данные информационных систем здравоохранения. Как указано в главе 3, наиболее серьезные проблемы наблюдаются в более бедных странах региона, что порождает значительные различия в доступности и качестве получаемой информации о здоровье и его детерминантах. Даже в странах Западной Европы с высоким доходом имеется широкое поле для увеличения покрытия и особенно возможностей сравнения демографической статистики (Mathers, Fat et al., 2005). Кроме того, как указывалось в главе 11, даже более богатые страны часто не могут регулярно собирать информацию, которая способствует отслеживанию социального неравенства; в случае, если они делают это, данные используются в недостаточной степени и часто отсутствует возможность для проведения их анализа. Особенно важно, что некоторые страны используют политику жесткой экономии, чтобы оправдать политические решения о сокращении объема собираемых данных.

Тревожит то, что финансирование общественного здравоохранения в Европе является областью, до сих пор окутанной тайной (Rechel, Brand et al. 2013). В главе 14 утверждалось, что даже базовая информация об уровнях финансирования общественного здравоохранения отсутствует или ненадежна. Несмотря на то что в 2011 г. был опубликован мировой стандарт системы счетов здравоохранения (ОЭСР, Евростат и др., 2011), способствующий совместному

бору данных о расходах на здравоохранение ОЭСР, Европейской комиссией и Европейским региональным бюро ВОЗ, значительная часть расходов на здравоохранение находится за пределами мероприятий, указанных в данной системе счетов (de Bekker-Grob, Polder et al., 2007), а представленные данные часто недостоверны. В главе 15 показано, что также очень мало известно о размере, объеме и эффективности кадровых ресурсов общественного здравоохранения в Европе. Без данной информации очень сложно активизировать усилия по укреплению общественного здравоохранения в регионе.

Знаний о структурах, службах и мерах общественного здравоохранения недостаточно. Хотя Европейское региональное бюро ВОЗ поддерживало проведение оценок некоторых служб общественного здравоохранения, пока они охватывают лишь часть европейских стран. Кроме того, многие из этих оценок остались только в проектной версии, а их качество и объективность сильно различаются. Исследование потенциала общественного здравоохранения в ЕС, финансируемое Европейской комиссией, должно было стать еще одним источником информации, но не охватило достаточно широко все аспекты общественного здравоохранения. Страновые доклады Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения дополняют эту картину, но, несмотря на значительные усилия, данные по структурам общественного здравоохранения, которые в них представлены, значительно варьируются. Кроме того, значительная часть информации в этих и других отчетах базируется на собственных оценках, достоверность которых не была подтверждена (Rechel and McKee 2012).

Было отмечено ограниченное исследование объема и эффективности операций общественного здравоохранения в Европе как в отношении программ охраны труда и безопасности (ВОЗ 2002), так и общественного здравоохранения в целом (Rechel and McKee 2012). Более систематические исследования были проведены в Соединенных Штатах, где центрами по контролю и профилактике заболеваний была разработана Национальная программа стандартов эффективности общественного здравоохранения. В то же время отмечен недостаточный объем исследований для руководства практикой общественного здравоохранения (Scutchfield, Bhandari et al. 2009).

В конечном итоге, структуры общественного здравоохранения должны оцениваться в соответствии с достигнутым улучшением показателей среди населения (Brand, Schroder et al, 2006). Однако есть ощущение, что именно эта информация почти полностью отсутствует. Сегодня не только не хватает оценок эффективности программ профилактики заболеваний в среднесрочной перспективе, как было отмечено в Эстонии (Koppel, Leventhal et al. 2009), но и в целом отсутствуют более масштабные оценки организационных реформ (Maier and Martin-Moreno 2011). Важно отметить, что эмпирические данные об эффективности или действенности различных структур общественного здравоохранения до сих пор отсутствуют, а неопределенность связана с воздействием, эффективностью и действенностью различных структур управления и механизмов финансирования (Mays, Smith et al. 2009). Это особенно важно для структур управления межсекторальной работой, с очень ограниченными знаниями об эффективности различных механизмов, как отмечается в главе 12.

Наконец, необходимо усилить исследования в области общественного здравоохранения. Как описано в главе 17, потенциал, а также приоритеты в европейских странах сильно различаются, равно как и уровни государственной поддержки. К сожалению, первый раунд новой программы ЕС «Горизонт 2020» очень мало связан с общественным здравоохранением; вместо этого основное внимание

уделяется поддержке индустрии технологий Европы. Тем не менее, даже при наличии знаний (например, о том, как снизить число курящих) они часто не применяются, поэтому результаты многих исследований общественного здравоохранения не реализуются на практике. Обмен знаниями и понимание влияния на политиков и процесс принятия решений (см. главу 18) могут помочь преодолеть этот разрыв между знаниями и практикой.

Принимая во внимание разнообразие

Другой ключевой вывод, который следует из данных в этой книге, заключается в том, что системы и функции общественного здравоохранения по всей Европе отличаются широким разнообразием и оказывают влияние на организацию, управление, снабжение и финансирование. Это касается служб гигиены окружающей среды (см. главу 6), политики в области питания (см. главу 7), программ скрининга (см. главу 9), межсекторальных структур управления (см. главу 12), использования оценок воздействия на здоровье (ОВЗ, см. главу 13), кадровых ресурсов общественного здравоохранения (см. главу 15) и руководства в области общественного здравоохранения (см. главу 16).

Как описано в главе 5, охрана труда на рабочем месте является одной из областей общественного здравоохранения, где различия между странами особенно поразительны. Хотя в таких странах, как Финляндия и Франция, каждое предприятие юридически обязано предоставлять услуги по гигиене труда, в других странах это относится только к крупным и средним предприятиям, в то время как в некоторых странах вообще отсутствуют юридические требования к службам гигиены труда (ВОЗ 2007).

В главе 14 рассматривается большое разнообразие в организации и финансировании общественного здравоохранения в Европе как в секторе здравоохранения, так и за его пределами. Одним из основных различий между странами является то, насколько передана ответственность на субнациональные уровни, что в значительной степени отражает размеры каждой страны и ее населения, а также лежащие в основе конституционные, политические и административные рамки. Существуют также различия в том, как страны решают вопросы вертикальной и горизонтальной интеграций деятельности общественного здравоохранения в рамках различных программ, секторов и уровней медицинского обслуживания. Как и финансирование здравоохранения в целом, финансирование общественного здравоохранения в странах Европы также сильно различается, включая долю общих расходов на здравоохранение, которые тратятся на общественное здравоохранение, и механизмы для повышения доходов на местах. По данным Глобальной базы данных ВОЗ по расходам на здравоохранение, расходы на профилактику заболеваний и общественное здравоохранение в 2011 г. составляли от 0,53% общих расходов на здравоохранение на Кипре до 6,33% в Сербии (ВОЗ 2012a), хотя оба крайних показателя кажутся в некоторой степени неправдоподобными.

Данные, представленные в этой книге, также подчеркивают различия в функциях общественного здравоохранения в странах, в частности в федеральных или децентрализованных системах. Это было отмечено в отношении практики скрининга в таких странах, как Испания (García-Armesto, Abadía-Taira et al., 2010), Бельгия (Gerkens and Merkur, 2010), Дания (Strandberg-Larsen, Nielsen et al., 2007) и Италия (Lo Scalzo, Donatini et al., 2009). В некоторых странах также есть существенные различия в плане источников финансирования общественного здравоохранения, как это было отмечено, например, в Италии (Lo Scalzo, Donatini et al., 2009).

Любые попытки улучшить общественное здравоохранение в Европе должны предприниматься в соответствии с этими существенными различиями между странами и внутри стран и лежащими в их основе факторами, такими как варьирующиеся в широком диапазоне уровни социально-экономического развития, разница в историческом и культурном контекстах, различный потенциал общественного здравоохранения и различные политические приоритеты, связанные с общественным здравоохранением. Эти различия оказывают особое влияние на меры, предусматривающие межсекторальные действия. Усовершенствования должны быть адаптированы к ситуации в рассматриваемой стране или субнациональной единице, но различия также свидетельствуют о том, что существуют обширные возможности для перекрестного обучения, в частности, в странах с похожими траекториями и уровнями развития.

Некоторые из глав этой книги демонстрируют, как можно изменить стратегии, чтобы они соответствовали различным контекстам. В главе о скрининге обсуждается концепция каскада (Zavoral, Suchanek et al., 2009), которая позволяет адаптировать частоту проведения, методы диагностики и целевые группы программ скрининга к финансовым и кадровым ресурсам, доступным в конкретной стране. В условиях нехватки ресурсов сначала можно разработать менее амбициозные программы, которые затем могут постепенно расширяться по мере выявления их пользы для здоровья населения. Аналогичная модель четырех этапов развития в зависимости от потребностей, возможностей и траекторий отдельных стран и предприятий представлена в главе о гигиене труда. Цель первого уровня состоит в том, чтобы снизить порог стандартов для инициирования создания служб охраны труда. Это поможет заложить основу для дальнейшего развития услуг.

Борьба с неравенством в отношении здоровья

Важным аспектом является решение проблемы неравенства в отношении здоровья. В различных странах широко варьируются не только функции общественного здравоохранения, но и показатели здоровья населения (ВОЗ 2011b). Во всех европейских странах люди из более низких социальных классов в большей степени подвержены влиянию социальных и экологических факторов, включая худшие условия жизни, более сильное воздействие дорожного движения и шума, а также чувство стресса и отсутствия контроля, что отрицательно сказывается на их здоровье (Еврофонд 2012). Во многих странах они также чаще едят нездоровую пищу (см. главу 7), курят, употребляют алкоголь, снижен уровень их физической активности (см. главу 11). Как описано в главе 11, наличие такого «социального градиента», который можно определить как «ступенчатое или линейное ухудшение здоровья, связанное с ухудшением социального положения» (Marmot, 2004), было обнаружено во всех европейских странах (CSDH 2008).

В докладе Комиссии по социальным детерминантам здоровья за 2008 г. утверждалось, что устранение социальных детерминант здоровья сократит разрыв в отношении здоровья между странами и внутри стран по всему миру (CSDH 2008). Новая европейская политика здравоохранения Здоровье-2020 (ВОЗ 2012b), принятая Европейским региональным бюро ВОЗ в 2012 г., равно как и европейский обзор социальных детерминант здоровья, также подчеркивает необходимость действий в их отношении (Marmot, Allen et al., 2012). Таким образом, решение проблем неравенства в отношении здоровья между европейскими странами и внутри них посредством работы с социальными детерминантами здоровья должно быть одной из важнейших миссий европей-

ского общественного здравоохранения, хотя оно и сталкивается со многими политическими проблемами. Как утверждалось в главе 11, существует потребность в универсальной политике, действующей в соответствии с социальным градиентом и с большей интенсивностью в отношении более бедных слоев (пропорциональный универсализм), а также целенаправленных программах, направленных на удовлетворение потребностей социально незащищенных слоев населения. Эффективная политика включает перераспределение доходов, улучшение условий детства, более безопасную рабочую среду и содействие социальной интеграции (Макенбах и Баккер 2003).

Укрепление межсекторальной работы

Межсекторальная работа является ключевой составляющей для решения проблемы неравенства в отношении здоровья (ВОЗ 2011b). Большое количество детерминант здоровья находится за рамками обязанностей министерств здравоохранения. Некоторые составители этой книги привели примеры того, какую роль могут играть другие сектора. В главе 14 описаны усилия по контролю табачных изделий, которые выходят далеко за рамки традиционного сектора здравоохранения и включают сельское хозяйство, торговлю, образование, налоговую политику и правоохранительную деятельность на местном, национальном и мировом уровнях (Allin, Mossialos et al. 2004). В главе 6 описывается, как экологические детерминанты здоровья формируются такими выходящими за рамки систем здравоохранения факторами, как условия проживания, транспорт, сельское хозяйство и занятость. В главе 12 утверждается, что большинство точек входа для политики контроля потребления алкоголя находятся в компетенции министерств, отвечающих за торговлю, транспорт, образование, экономическое развитие, уголовное правосудие и социальное обеспечение.

Необходимость вовлечения других секторов в работу с социальными детерминантами здоровья уже давно признана. В Статье 1 Алма-Атинской декларации 1978 г. отмечается, что достижение «наивысшего возможного уровня здоровья [...] требует действий большого количества других социальных и экономических секторов, помимо сектора здравоохранения» (ВОЗ 1978). В Оттавской хартии по укреплению здоровья 1986 г. (ВОЗ, Health and Welfare Canada et al., 1986) подчеркивалась необходимость государственной политики с учетом аспектов здоровья, в том числе в области транспорта, образования и экономики. Тот же подход отражен в проекте по учету интересов здоровья во всех направлениях политики (HiAP), впервые одобренном Финляндией во время ее председательства в Европейском совете в 2006 г. (Stahl, Wismar et al., 2006) и Политической декларацией по социальным детерминантам здоровья Рио, принятой во время Всемирной конференции по социальным детерминантам здоровья в 2011 г. (ВОЗ 2011c, 2013b, Leppo, Ollila et al., 2013).

Каким образом можно достичь этих амбициозных целей? Первой стратегией, которая следует из данных, представленных в этой книге, является создание коалиций из различных секторов. В главе 6 описывается, как партнерские отношения между работниками сферы общественного здравоохранения и специалистами-практиками из других секторов способствовали разработке и осуществлению мер, ведущих к снижению бремени болезней, связанного с факторами окружающей среды. В другом примере, приведенном в главе 5, тесное сотрудничество между министерствами труда и здравоохранения (а в некоторых случаях и министерством по охране окружающей среды и министерством по чрезвычайным ситуациям) в некоторых бывших странах Советского Союза помогло усилить ох-

рану и безопасность труда, частично благодаря более эффективному сотрудничеству нескольких инспекций (в частности, по охране труда, охране окружающей среды, техническим вопросам и по вопросам добычи полезных ископаемых). Глава 16 напоминает о процессах создания в Ирландии коалиций, которые при сотрудничестве политиков, общественности и средств массовой информации добились запрета на курение в общественных местах и на рабочих местах, выступая против мощной оппозиции в лице табачной промышленности и связанных с ней организаций в секторе гостиничного бизнеса.

Вторая стратегия укрепления межсекторальной работы — выявление общих с другими министерствами и секторами целей. Как видно из главы 6, сравнение данных различных секторов может способствовать привлечению поддержки организаций вне министерств здравоохранения. Обзор, обобщающий все результаты заболеваний, на которые вмешательства в области, например, жилищного сектора, оказали положительное воздействие, может привлечь внимание директивных органов жилищного сектора (Braubach, Jacobs et al., 2011). Это также позволит задать политическую повестку в этом секторе (Keall, Ormandy et al., 2011). Необходимо отметить важность демонстрации преимуществ для различных секторов. Демонстрация связи между проводимой политикой и повышением уровня состояния здоровья и образования, налоговых поступлений или экономического роста может значительно упростить получение поддержки за пределами сектора здравоохранения.

Использование оценок воздействия на здоровье (ОВЗ) — это еще одна стратегия, которая может поддерживать межсекторальные действия. Утвержденная Всемирной ассамблеей здравоохранения 2009 г. в Резолюции о социальных детерминантах здоровья (ВОЗ 2009), стратегия ОВЗ нацелена на анализ возможного влияния политик, проектов, программ и планов на здоровье (Blau, Ernst et al., 2006). Как описано в главе 13, использование оценок воздействия на здоровье может способствовать интеграции вопросов здоровья в политику, не связанную со здоровьем, повышению осведомленности о здоровье за пределами сектора здравоохранения и реализации государственной политики с учетом аспектов здоровья как цели, разделяемой всеми секторами. Несмотря на мощную поддержку в ЕС, только несколько государств-членов ЕС широко использовали HiA, что указывает на широкие возможности для дальнейшего прогресса.

Окончательная стратегия, вытекающая из данных, представленных в этой книге, — это создание межсекторальных структур управления. В главе 12 описаны различные формы, которые могут принимать эти структуры. Например, делегирование полномочий по финансированию объединяет ресурсы за пределами правительства. Среди примеров — фонды укрепления здоровья в Швейцарии и Австрии, которые способствовали увеличению расходов на укрепление здоровья в других секторах (Schang, Czabanowska et al., 2012; Schang and Lin 2012).

Крайне важно, что множество участников и большое количество вовлеченных секторов нуждаются в сильных лидерах общественного здравоохранения (см. главу 16). Часто эту роль выполняют министерства здравоохранения, но отдельные лица, учреждения, местные или национальные правительства и международные агентства также могут участвовать в качестве лидеров (ВОЗ 2011a, 2012b, Kickbusch and Behrendt 2013).

Выполнение международных обязательств

Международные и европейские правовые документы и политические обязательства являются важными ориентирами для укрепления общественного здра-

воохранения на национальном уровне. Выполняя эти обязательства, можно добиться многого. Примером может служить вышеупомянутая Резолюция Всемирной ассамблеи здравоохранения 2009 г. о социальных детерминантах здоровья. Также имеется большое количество других правовых документов, например Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе с табакокурением, которая является юридически обязательной для тех стран, которые ее ратифицировали (хотя за несоблюдение ее положений на правительства не налагаются санкции). В главе 7 также обсуждается Европейская хартия по борьбе с ожирением и Второй европейский план действий ВОЗ по политике в области продовольствия и питания. Эти документы привели к появлению ряда национальных планов действий, хотя необходимо сделать еще больше для воплощения этих планов в жизнь. Одна из основных проблем заключается в том, что резолюции, подобные резолюциям Всемирной ассамблеи здравоохранения, являются «морально обязывающими» и преднамеренно написаны в стиле, допускающем разнообразие «переводов» и интерпретаций. Это в значительной степени обеспечивает согласие правительств с резолюцией, но может препятствовать ее реализации.

Как было описано в главе 4, Международные медико-санитарные правила (ММСП) определяют для всех государств-участников основные требования к потенциалу общественного здравоохранения в отношении надзора за заболеваемыми, их обнаружения, оценки и ответных мер на всех уровнях. Государства-участники взяли на себя обязательство повысить национальный и субнациональный потенциал и увеличить набор инструментов мониторинга, доступных для оценки выполнения основных положений ММСП.

В главе 5 описываются некоторые из основных международных документов по гигиене и охране труда, включая Глобальную стратегию ВОЗ 1996 г. по гигиене труда для всех, Глобальный план действий по охране труда на 2008-2017 гг., Конвенции МОТ, Европейскую социальную хартию Совета Европы и директивы ЕС по вопросам гигиены и охраны труда. Конечной целью, изложенной во многих из этих документов, является обеспечение услугами в области гигиены труда всех работников всех профессий. Признавая, что для многих работников малых и средних предприятий и неформального сектора редко доступны услуги служб гигиены труда, МОТ и ВОЗ пришли к пониманию концепции базовых служб гигиены труда как упрощенной отправной точки, которая может быть расширена позднее (Rantanen 2005).

В главе 9 было отмечено, что ЕС и Европейское региональное бюро ВОЗ рекомендуют массовые организованные программы скрининга на рак шейки матки, молочной железы и толстой кишки (Совет Европейского союза 9; ВОЗ 2003; Европейское региональное бюро ВОЗ 2011). Тем не менее, к 2007 г. только 22 из 27 стран ЕС реализовывали программы массового скрининга на рак молочной железы, 15 стран — на рак шейки матки и 12 — на колоректальный рак (Arbyn, Anttila et al. 2008). Прогресс был частично замедлен в странах бывшего СССР (Maier and Martin-Moreno 2011).

Директивы ЕС требуют от стран принятия законодательства (поскольку в противном случае директивы вступают в прямую юридическую силу через два года). В главе 5 изложено, как процесс вступления в ЕС привел к улучшению гигиены труда в новых государствах-членах ЕС. Это помогло укрепить правовую основу для действий, хотя охват населения по-прежнему оставляет желать лучшего. Также был достигнут прогресс в других областях общественного здравоохранения, находящихся в сфере действия законодательства ЕС, таких как борьба с табакокурением, безопасность пищевых продуктов, а также охрана окружающей среды и здоровье.

Укрепление сотрудничества

Сотрудничество между международными, национальными и субнациональными субъектами имеет решающее значение для укрепления потенциала и действий в области общественного здравоохранения. Оно начинается с информационных систем здравоохранения. Хотя благодаря усилиям Европейского регионального бюро ВОЗ и его европейской базы данных «Здоровье для всех», а также работе Евростата и Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР), в Европе была достигнута определенная гармонизация, могут потребоваться дополнительные усилия, чтобы согласовать системы сбора данных, избежать их дублирования и улучшить их качество. Крайне важно, что это также относится к сотрудничеству между международными организациями. До недавнего времени Евростат, ВОЗ и ОЭСР публиковали различающиеся данные о расходах на здравоохранение в европейских странах. В настоящий момент они приняли общую систему счетов здравоохранения (OECD, Eurostat et al., 2011), которая позволяет получать согласованные данные. Опросы на уровне ЕС с использованием того же набора показателей, которые использовала Статистика Европейского Союза по доходам и условиям жизни (EC-SILC) и Группа по домохозяйствам Европейского сообщества (ECHP), также являются важным источником информации в области общественного здравоохранения, которая в значительной степени сопоставима между странами. Среди других примеров — Европейская инициатива ВОЗ по эпиднадзору за детским ожирением, система эпиднадзора, в которой к 2010 г. участвовало 17 европейских стран (см. главу 7), и опрос Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья (HBSC), в настоящее время охватывающий 43 страны Европы и Северной Америки. Наконец, сотрудничество также важно в области исследований в сфере общественного здравоохранения, при этом большое количество проектов поддерживается Рамочной программой Европейской комиссии.

Международные организации и европейские сети могут играть особенно значимую роль в содействии обмену информацией. В качестве примеров можно привести сети по чрезвычайным ситуациям в области общественного здравоохранения, такие как Система раннего обнаружения и реагирования ЕС (EWRS) и Система обмена информацией ВОЗ, соответствующие Международным медико-санитарным правилам (ММСП). Кроме того, согласно данным по реагированию на чрезвычайные ситуации в области общественного здравоохранения, представленным в главе 4, международные организации, такие как ЕС и ВОЗ, также участвуют в различных мероприятиях по укреплению потенциала общественного здравоохранения в Европе.

Субрегиональный, или местный, уровень также имеет значение. Инициативы, такие как «Здоровые города», показывают, как действия в отношении социальных детерминант здоровья, включая местные условия окружающей среды, могут иметь решающее значение для общественного здравоохранения. Как описано в главах 6 и 13, вовлечение сообществ и гражданского общества в процессы принятия решений и создание связи между здоровьем и развитием является особенно перспективным вариантом успешной многосекторальной деятельности и ОВЗ.

Интеграция общественного здравоохранения в оказание медицинской помощи

В нескольких главах этой книги обсуждаются пути интеграции общественно-го здравоохранения в оказание медицинской помощи. В главе 5 утверждается, что интеграция служб гигиены труда в первичную медико-санитарную помощь

важна для расширения служб гигиены труда для охвата всех работающих. В главе 7 говорится о том, что первичная медико-санитарная помощь должна играть определенную роль в усилиях по профилактике развития ожирения. В главе 14 показано, сколько услуг по профилактике предоставляется в медицинских учреждениях. Среди них — иммунизация, скрининг, проверка состояния здоровья, а также уведомление об инфекционных заболеваниях (Saltman, Allin et al., 2012). К странам, которые добились лучшей интеграции услуг общественного здравоохранения в первичную медико-санитарную помощь, относятся Дания, Эстония, Финляндия, Португалия, Словения, Испания и Швеция (Glennard, Hjalte et al. 2005; Barros and de Almeida Simoes 2007; Strandberg-Larsen, Nielsen et al. 2007; Vuorenkoski, Mladovsky et al. 2008; Koppel, Leventhal et al. 2009; Garcia-Armesto, Abadia-Taira et al. 2010; Anell, Glennard et al. 2012). Службы, оказывающие вторичную медицинскую помощь, также все чаще признают свою роль в общественном здравоохранении, о чем свидетельствует инициатива по укреплению здоровья в больницах (Whitehead 2004).

Укрепление потенциала общественного здравоохранения

Обеспечение хорошо подготовленных кадровых ресурсов в области общественного здравоохранения является одной из десяти основных оперативных функций общественного здравоохранения (EPHOs). Однако, как утверждалось в главе 15, разграничение кадровых ресурсов в области общественного здравоохранения в Европе плохо понято. Имеются четкие аргументы в пользу более официального признания их роли, а также создания образовательных учреждений, отвечающих требованиям, и четкого набора компетенций. Недавно созданное Агентство по аккредитации центров образования по вопросам общественного здравоохранения в Европе может помочь повысить стандарты образования (Otok et al., 2011).

В главе 6 показано, как обучение в области общественного здравоохранения по-прежнему существенно различается в различных странах. Рассматривая область гигиены окружающей среды, можно обнаружить отсутствие общей учебной программы. Финские врачи, работающие в этой области, как правило, проходят подготовку в сфере гигиены труда. В Нидерландах в конце 1980-х гг. для врачей была введена дисциплина гигиена окружающей среды, а в 1990-е гг. специалисты стали проходить подготовку в области гигиены окружающей среды или биомедицинских наук. В Бельгии в области гигиены окружающей среды работают профессионалы различных специальностей — от психологов до биологов (Public Health Services Gelderland Midden, 2011). Содержание обучения также сильно варьируется в разных странах. В одной европейской стране специалисты могут проходить подготовку по токсикологии, но не по обмену информацией о рисках, в то время как в другой стране может наблюдаться обратная ситуация (Public Health Services Gelderland Midden 2011). Это указывает на то, что существуют значительные возможности для расширения сотрудничества и гармонизации в области гигиены окружающей среды в Европе и за ее пределами. Еще более важно (особенно в условиях жесткой экономики) создавать возможности для трудоустройства специалистов в области общественного здравоохранения, что является серьезной проблемой в Европе, особенно во многих странах Центральной и Восточной Европы и бывшего Советского Союза.

Действия в условиях финансового кризиса

Финансово-экономический кризис, который начался в 2007 г., — предмет постоянного беспокойства составителей этой книги. Он уже оказывает суще-

ственное влияние на социальные детерминанты здоровья, увеличивая уровень безработицы и социального неравенства, а также ведет к сокращению государственных расходов на социальную защиту, системы здравоохранения и общественное здравоохранение в некоторых странах. Безработица, особенно безработица среди молодежи, в некоторых странах юга Европы достигла очень высокого уровня. Как описано в главе 6, одной из областей общественного здравоохранения, на которой уже отрицательно сказалось действие кризиса, является гигиена труда, поскольку некоторые страны либерализуют трудовое законодательство, что делает положения о гигиене и безопасности труда менее строгими. Опыт, накопленный в других частях мира (Min, Min et al. 2010), свидетельствует о том, что ухудшения в сфере гигиены труда во время экономического кризиса, вероятно, будут иметь устойчивые негативные последствия. Некоторые страны Европы также сократили число программ общественного здравоохранения в целом (Aluttis, Chiotan et al., 2013).

Страны Европы отличаются с точки зрения социальной защиты, которую они предоставляют своему населению в условиях последствий экономического кризиса (European Commission 2010). Хотя некоторые страны, такие как Италия и Кыргызстан, приняли меры по защите малообеспеченных групп населения от последствий экономического кризиса (ВОЗ 2009), в других странах системы социальной защиты ослабляются, что, вероятно, приведет к повышению социального неравенства и неравенства в отношении здоровья.

Создание экономического обоснования для действий в области общественного здравоохранения

Здоровье — это право человека, не считая моральных обязательств стран по его укреплению. Однако в нынешнем экономическом контексте будет важнее, чем когда-либо, продемонстрировать экономическое обоснование действий в области общественного здравоохранения. Все большее число действий в области общественного здравоохранения признаются экономически эффективными в среднесрочной и долгосрочной перспективах. В главе 5 утверждается, что инвестиции в профилактику на рабочем месте приносят существенные экономические выгоды для работодателей, несмотря на то что большинство экономических издержек, связанных с производственными травмами и заболеваниями, компенсируется другими структурами (Kankaanpää, van Tulder et al., 2008). Международное исследование в 15 странах показало, что компании ожидали средний размер выгоды 2,2 валютной единицы на каждое подразделение, инвестировавшее в профилактику на рабочем месте (International Social Security Association 2011). В главе 6 утверждается, что многие меры служб гигиены окружающей среды столь же экономически эффективны, как и другие типы мер, проводимых сектором здравоохранения (Pruss-Ustun and Corvalan 2006). Например, эффективность контроля экологических детерминант заболеваний была показана с точки зрения качества воздуха, сокращения бремени болезней, а также экономических издержек и выгоды. Кроме того, меры, эффективно снижающие бремя болезней, связанное с жильем, часто являются наиболее экономически эффективными (DiGuiseppe, Jacobs et al. 2010; ОЭСР 2010; ВОЗ 2013а).

Расширение видения в области общественного здравоохранения

Фокус общественного здравоохранения во многих европейских странах постепенно расширяется с санитарного надзора и профилактики инфекцион-

ных заболеваний до основных угроз здоровью населения и реализации мер по укреплению здоровья, профилактике заболеваний и межсекторальных действий (см. главы 10-14). Однако в европейских странах по-прежнему существуют большие различия в терминологии и концептуализации общественного здравоохранения (Kaiser and Mackenbach 2008). Главный вывод, который можно сделать из данных, представленных в этой книге, состоит в том, что для успешного устранения детерминант плохого состояния здоровья в Европе требуется широкое видение общественного здравоохранения, которое охватывает аспекты экологической устойчивости, социальной справедливости и политического участия.

В главе 6 приведен убедительный аргумент в пользу экологически устойчивой модели социально-экономического развития. Утверждалось, что нынешняя экономическая модель, основанная на использовании невозобновляемых ресурсов и первичности экономического роста, подрывает целостность биосферы, а также биоразнообразие и гигиену среды (Bothamley, Ditiu et al. 2008; Max-Neef 2010). Эту модель следует заменить на модель с экономикой, которая потребляет столько, сколько может произвести природа (McMichael, Smith et al., 2000; Daly 2005). Это принесет пользу как окружающей среде, так и здоровью человека (Haines 2012).

Большинство мер, направленных на сокращение выбросов парниковых газов, в том числе в области транспорта, бытовой энергетики, продовольствия и сельского хозяйства, а также на сокращение производства электроэнергии, тоже приносят пользу общественному здравоохранению (Haines, McMichael et al. 2009). Кроме того, многие нездоровые виды деятельности являются углеродоемкими (Отдел устойчивого развития Национальной службы здравоохранения (NHS) 2010). Например, некоторые из причин растущего бремени ожирения напрямую связаны с чрезмерным использованием энергии, например при потреблении мяса и других энергоемких продуктов, поставляемых промышленными системами производства пищевых продуктов (Neff, Parker et al., 2011). С другой стороны, снижение выбросов парниковых газов за счет сокращения использования частных автомобилей и популяризации активного перемещения (ходьба и езда на велосипеде) приносит пользу как климату, так и здоровью населения. Низкоуглеродные технологии, стратегии и образ жизни вкуче приносят дополнительные преимущества для здоровья, так называемые «совместными выгоды для здоровья». В некоторых случаях польза для здоровья частично или полностью компенсирует затраты на реализацию этих политик (Haines 2012). Задача общественного здравоохранения будет заключаться в том, чтобы продемонстрировать эту пользу и предоставить помощь в создании более устойчивых моделей экономического и социального развития.

Общественное здравоохранение также должно способствовать установлению социальной справедливости и равенства (Hastings 2012). Это было хорошо известно в XIX веке, когда возникла дисциплина «Общественное здравоохранение». Как напоминает глава 16, Рудольф Вирхов (1821-1892), основатель дисциплины социальной медицины, отметил, что «медицина — это социальная наука, а политика — не что иное, как медицина в больших масштабах» (Brown and Fee 2006). Многие из проблем были снова рассмотрены спустя более 100 лет Комиссией по социальным детерминантам здоровья, которая утверждала, что действия в отношении социальных детерминант здоровья должны быть основаны на социальной справедливости, социальной защите на протяжении всего жизненного цикла и более справедливым распределении власти, материальных благ и ресурсов (CSDH 2008). Стремление к демократии и верховенству

закона также имеет решающее значение для общественного здравоохранения (Bothamley, Ditiu et al., 2008), не в последнюю очередь потому, что более здоровое население проживает, как правило, в странах с большей политической свободой, вне зависимости от экономических факторов (Franco, Alvarez-Dardet et al., 2004). Тем не менее, в Европейском регионе ВОЗ остались страны, где население не вовлечено эффективно в политику (Rechel and McKee 2007).

Слишком часто общественное здравоохранение фокусируется на отдельных факторах риска, которые могут отвлечь внимание от основных политических и экономических детерминант здоровья, а также роли власти и политики (Stuckler, Basu et al., 2010). Одной из проблем во все большем числе европейских стран является мощное неолиберальное настроение, способствующее сокращению богатства государств и усилению слепой веры в роль рынков (McKee и Stuckler 2011). В сочетании с ограничениями в отношении государственных бюджетов, которые усугубляются нынешним экономическим кризисом, существует серьезная опасность того, что неравенство в отношении здоровья в Европе только повысится, а корректирующая роль государства будет ослаблена. Это не только наносит ущерб перспективам тех людей, социальное положение которых менее благоприятно, но и обществу в целом. Общества с преобладанием равноправия демонстрируют более высокие социальные показатели, связанные со здоровьем (Haines, McMichael et al., 2009). Как утверждается в главе 5, влияние этих политических и экономических факторов уже проявляется в области гигиены труда, например, в Грузии, где правительство прекратило работу всех служб гигиены труда и здравоохранения и установило минимальные требования техники безопасности, что привело к ряду несчастных случаев на рабочих местах. Во многих других странах Центральной и Восточной Европы и бывшего Советского Союза приватизация или крах публичных компаний, а также рост числа самозанятых людей и неформального сектора привели к тому, что условия труда стали более опасными. Роль общественного здравоохранения заключается в том, чтобы добиваться в обществе равноправия, которое предоставляет каждому человеку возможность полностью реализовать свой потенциал.

Общественное здравоохранение требует видения более справедливого, более устойчивого мира, способствующего укреплению здоровья населения. Важно отметить, что оно должно настаивать на том, что «все может быть по-другому и лучше» (Адорно, 1951). Это требует не только критического отношения к власти, но также противодействия корыстным интересам и крупным корпорациям, которые действуют как пособники заболеваний (Hastings 2012, Mindell, Reynolds et al., 2012). Стремление к экологически устойчивому будущему и более справедливое распределение власти, богатства и ресурсов является глубоко политическим аспектом и должно преодолеть существенное сопротивление.

Мощные многонациональные корпорации представляют собой один из основных источников сопротивления. В главе 16 это проиллюстрировано историей борьбы с табакокурением. Даже после подтверждения рисков для здоровья, связанных с курением, правительствам потребовались десятилетия для принятия эффективных мер. Несмотря на то что многое было достигнуто, многим европейским странам по-прежнему предстоит долгий путь, чтобы оставить курение в прошлом.

В то время как в отношении борьбы с потреблением алкоголя (который сам по себе является богатым энергией продуктом питания и его действие на организм человека подобно действию сахаров) существует еще достаточное количество нерешенных проблем, диета представляет собой третий важный фактор риска развития неинфекционных заболеваний, и необходимо добиться в этой области

значительного прогресса, чтобы справиться с ростом уровня ожирения. Хотя запрет на курение в общественных местах приобрел широкое распространение в большинстве европейских стран, значительно меньших успехов общественное здравоохранение достигло в борьбе с причинами ожирения. В настоящее время растет число свидетельств того, что в основе проблемы лежит чрезмерное потребление сахара, особенно в богатых им напитках, (Lustig, Schmidt et al., 2012; Basu, McKee et al., 2013; Basu, Stuckler et al., 2013), и доступность сахара для населения может объяснить уровень распространенности диабета (Basu, Yoffe et al., 2013). Однако в то время как потребление табака и алкоголя регулируется правительствами для защиты общественного здоровья, потребление сахара не регулируется (Lustig, Schmidt et al., 2012).

Прогресс будет зависеть от создания успешных альянсов, нацеленных на противодействие краткосрочным интересам крупных пищевых компаний. Это будет не так просто. В 2006 г. Coca-Cola потратила на маркетинг своих безалкогольных напитков больше средств, чем составляет двухгодичный бюджет ВОЗ (Bothamley, Ditiu et al., 2008). Ведущие пищевые корпорации, такие как Coca-Cola и McDonald's, также успешно вызывают у людей ассоциации со спортивными событиями и физической активностью, например Олимпийскими играми 2012 г. в Лондоне, обвиняя в повышении бремени ожирения недостаток физической активности, а не потребление сахара (Dorfman and Yancey 2009, Basu, Stuckler et al., 2013). Они грубо вводят общественность в заблуждение. Чтобы полностью сжечь жиры, полученные при съедании большого набора блюд фаст-фуда, состоящего из двойного чизбургера, картофеля фри, безалкогольного напитка и десерта, человек должен пробежать марафонскую дистанцию (Ebbeling, Pawlak et al., 2002). Есть различные варианты политики, в том числе налогообложение сахаросодержащих напитков и продуктов питания с добавлением сахаров в любой форме, а также контроль рекламы и маркетинга (Lustig, Schmidt et al., 2012; Mytton, Clarke et al. 2012). Если отвлечься от сахаров, в рамках серьезных попыток борьбы с эпидемией ожирения следует противодействовать чрезмерному потреблению мяса, а также мировой системе производства пищевых продуктов, торговли и сельского хозяйства (см. главу 7). Помимо проблемы переедания в более богатых странах, в 2009 г. миллиард людей страдали от недоедания (Carolan 2011). Это подчеркивает важность решения проблем общественного здравоохранения в Европе в их мировом контексте.

Претворение в жизнь

Каким образом могут произойти необходимые изменения? Данные, представленные в этом томе, свидетельствует о том, что доказательств, полученных в ходе исследований, явно недостаточно. Между знаниями и делом существует пробел (ВОЗ, 2005 г.), и сразу после принятия политики возникает разрыв между ней самой и ее реализацией (Nichols, Maynard et al., 2009). Разработка политики может быть очень сложным процессом с вовлечением различных участников на разных уровнях, с различными программами и уровнями влияния. Имеют значение исторические траектории и институциональные структуры, а также задействованные стороны, идеи и идеологии. Чтобы быть успешным, общественное здравоохранение в Европе должно быть вовлечено в стратегическое руководство, а также в процесс формирования коалиций и лоббирования интересов на местном, национальном и международном уровнях.

Хотя обзор состояния деятельности в области общественного здравоохранения в Европе, представленный в этой книге, в силу необходимости является не-

полным (в частности, в отношении стран на востоке региона), можно определить области, где в большей степени требуется реализация мер. Как с точки зрения здоровья населения, так и потенциала общественного здравоохранения, многие страны Центральной и Восточной Европы, в частности бывшие советские страны, находятся в худшем положении. Им придется вложить значительные средства во все функции общественного здравоохранения, если они будут стремиться ликвидировать большой пробел в этой сфере для соответствия ситуации в остальных странах Европы (см. главу 2). Существует множество причин это сделать: от признания здоровья как права человека до экономического аргумента в пользу здорового населения.

Тем не менее, и другие европейские страны не могут быть удовлетворены. Существует огромная потребность в решении растущей проблемы, связанной с хроническими заболеваниями, как с точки зрения ее абсолютного уровня, так и с точки зрения неравномерного распределения болезней среди населения. Выделяются четыре фактора риска: плохое питание, потребление табака и алкоголя и недостаток физической активности. Необходимо еще многое сделать для борьбы с употреблением табака, алкоголя и повышения уровня физической активности, но, похоже, изменение диеты людей станет одной из самых сложных проблем в ближайшие годы. Государство должно строже регулировать содержание жира и сахара в продуктах питания и напитках. Специалисты в области общественного здравоохранения могут способствовать достижению этой цели путем сбора необходимых доказательств, пропаганды изменений, формирования политических союзов и контроля реализации мер. Таким образом, у них есть возможность продемонстрировать пользу, которую общественное здравоохранение может принести людям.

Хотя гражданское общество, сообщества и отдельные лица также вносят важный вклад, в конечном итоге только правительства должны принять на себя ответственность за охрану и укрепление здоровья населения посредством реализации соответствующей национальной политики в области здравоохранения. В Европе правительства подписали новые политические программы — политику Здоровье-2020 и Европейский план действий по укреплению потенциала и служб общественного здравоохранения. Теперь им следует воплотить эти прекрасные слова в реальность.

Библиография

- Adorno, T. W. (1951). *Minima Moralia: Reflections on a damaged life*. London, Verso.
- Allin, S., E. Mossialos, M. McKee and W. Holland (2004). *Making Decisions on Public Health: A review of eight countries*. Copenhagen, WHO, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Aluttis, C., C. Chiotan, K. Michelsen, C. Costongs and H. Brand (2013). *Review of Public Health Capacity in the EU*. Luxembourg, European Commission Directorate General for Health and Consumers.
- Anell, A., A. Glenngard and S. Merkur (2012). "Spain: health system review." *Health Systems in Transition* 14(5): 1-159.
- Arbyn, M., A. Anttila, J. Jordan, G. Ronco, U. Schenck, N. Segnan, H. G. Wiener, A. Herbert, J. Daniel and L. von Karsa, Eds. (2008). *European Guidelines for Quality Assurance in Cervical Cancer Screening*, 2nd edition. Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities.
- Barros, P. P. and J. de Almeida Simoes (2007). "Spain: health system review." *Health Systems in Transition* 9(5): 1-142.

- Basu, S., M. McKee, G. Galea and D. Stuckler (2013). "The relationship of soft drink consumption to global overweight, obesity and diabetes: a cross-national analysis of 75 countries." *American Journal of Public Health* 103(11): 2071-2077.
- Basu, S., D. Stuckler, M. McKee and G. Galea (2013). "Nutritional determinants of worldwide diabetes: an econometric study of food markets and diabetes prevalence in 173 countries." *Public Health Nutrition* 16(1): 179-186.
- Basu, S., P. Yoffe, N. Hills and R. H. Lustig (2013). "The relationship of sugar to population-level diabetes prevalence: an econometric analysis of repeated cross-sectional data." *PLoS ONE* 8(2): e57873.
- Blau, J., K. Ernst, M. Wismar, F. Baro, M. Blenkus, K. von Bremen, R. Fehr, G. Gulis, T. Kauppinen, O. Mekel and K. Nelimarkka (2006). "The use of health impact assessment across Europe." In *Health in All Policies*. T. Stahl, M. Wismar, E. Ollila, E. Lahtinen and K. Leppo, Eds. Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health: 209-230.
- Bothamley, G. H., L. Ditiu, G. B. Migliori, C. Lange and TBNET contributors (2008). "Active case finding of tuberculosis in Europe: a Tuberculosis Network European Trials Group (TBNET) survey." *European Respiratory Journal* 32: 1023-1030.
- Brand, H., P. Schroder, J. Davies, I. Escamilla, C. Hall, K. Hickey, E. Jelastopulu, R. Mechtler, W. Yared, J. Volf and B. Weihrauch (2006). "Reference frameworks for the health management of measles, breast cancer and diabetes (type II)." *Central European Journal of Public Health* 14(1): 39-45.
- Braubach, M., D. E. Jacobs and D. Ormandy (2011). *Environmental Burden of Disease Associated with Inadequate Housing: Methods for quantifying health impacts of selected housing risks in the WHO European Region*. Bonn, WHO European Centre for Environment and Health, WHO Regional Office for Europe.
- Brown, T. M. and E. Fee (2006). "Rudolf Carl Virchow." *American Journal of Public Health* 96(12): 2104-2105.
- Carolan, M. (2011). *The Real Cost of Cheap Food*. London, Earthscan.
- Commission on Social Determinants of Health (CSDH) (2008). *Closing the Gap in a Generation: Health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva, WHO.
- Council of the European Communities (2003). *Council recommendation of 2 December 2003 on cancer screening. Official Journal of the European Union* 2003/878/EC(L327): 34-38.
- Daly, H. E. (2005). "Economics in a full world." *Scientific American* 293(3): 100-107. de Bekker-Grob, E., J. Polder, J. P. Mackenbach and W. Meerding (2007). "Towards a comprehensive estimate of national spending on prevention." *BMC Public Health* 7: 252.
- DiGiuseppi, C., D. E. Jacobs, K. J. Phelan, A. D. Mickalide and D. Ormandy (2010). "Housing interventions and control of injury-related structural deficiencies: a review of the evidence." *Journal of Public Health Management and Practice* 16(5 Suppl.): S34-S43.
- Dorfman, L. and A. Yancey (2009). "Promoting physical activity and healthy eating: convergence in framing the role of industry." *Preventive Medicine* 49(4): 303-305.
- Ebbeling, C., D. Pawlak and D. Ludwig (2002). "Childhood obesity: public-health crisis, common sense cure." *The Lancet* 360(9331): 473-482.
- Eurofound (2012). *Fifth European Working Conditions Survey*. Luxembourg, Publications Office of the European Union.
- European Commission (2010). *Joint Report on Social Protection and Social Inclusion 2010*. Brussels, European Commission.
- Franco, A., C. Alvarez-Dardet and M. Ruiz (2004). "Effect of democracy on health: ecological study." *British Medical Journal* 329: 1421-1423.
- Garcia-Armesto, S., M. Abadia-Taira, A. Duran, C. Hernandez-Quevedo and E. Bernal-Delgado (2010). "Spain: health system review." *Health Systems in Transition* 12(4): 1-295.
- Gerkens, S. and S. Merkur (2010). "Belgium: health system review." *Health Systems in Transition* 12(5): 1-266.
- Glennard, A., F. Hjalte, M. Svensson, A. Anell and V. Bankauskaite (2005). *Health Systems in Transition: Sweden*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

- Haines, A. (2012). "Sustainable policies to improve health and prevent climate change." *Social Science and Medicine* 74(5): 680-683.
- Haines, A., A. McMichael, K. Smith, I. Roberts, J. Woodcock, A. Markandya, B. Armstrong, D. Campbell-Lendrum, A. Dangour, M. Davies, N. Bruce, C. Tonne, M. Barrett and P. Wilkinson (2009). "Public health benefits of strategies to reduce greenhouse-gas emissions: overview and implications for policy makers." *The Lancet* 374(9707): 2104-2114.
- Hastings, G. (2012). "Why corporate power is a public health priority." *British Medical Journal* 345: e5124.
- International Social Security Association (ISSA) (2011). *The Return on Prevention: Calculating the costs and benefits of investments in occupational safety and health in companies*. Geneva, ISSA.
- Kaiser, S. and J. Mackenbach (2008). "Public health in eight European countries: an international comparison of terminology." *Public Health* 122(2): 211-216.
- Kankaanpää, E., M. van Tulder, M. Aaltonen and M. De Greef (2008). "Economics for occupational safety and health." *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health Supplement* 5: 9-13.
- Keall, M. D., D. Ormandy and M. G. Baker (2011). "Injuries associated with housing conditions in Europe: a burden of disease study based on 2004 injury data." *Environmental Health* 10: 98.
- Kickbusch, I. and T. Behrendt (2013). *Implementing a Health 2020 Vision: Governance for health in the 21st century. Making it happen*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- Koppel, A., A. Leventhal and M. Sedgley, Eds. (2009). *Public Health in Estonia 2008: An analysis of public health operations, services and activities*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- Leppo, K., E. Ollila, S. Pena, M. Wismar and S. Cook, Eds. (2013). *Health in All Policies: Seizing opportunities, implementing policies*. Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health.
- Lo Scalzo, A., A. Donatini, L. Orzella, S. Profili, A. Cicchetti, I. S. Profi and A. Maresso (2009). "Italy: health system review." *Health Systems in Transition* 11(6): 1-216.
- Lustig, R. H., L. A. Schmidt and C. D. Brindis (2012). "The toxic truth about sugar." *Nature* 482: 27-29.
- Mackenbach, J. P. and M. J. Bakker (2003). "Tackling socioeconomic inequalities in health: analysis of European experiences." *The Lancet* 362(9393): 1409-1414.
- Maier, C. B. and J. M. Martin-Moreno (2011). "Quo vadis SANEPID? A cross-country analysis of public health reforms in 10 post-Soviet states." *Health Policy* 102(1): 18-25.
- Marmot, M. (2004). *Status Syndrome*. London, Bloomsbury.
- Marmot, M., J. Allen, R. Bell, E. Bloomer, P. Goldblatt and Consortium for the European Review of Social Determinants of Health and the Health Divide (2012). "WHO European review of social determinants of health and the health divide." *The Lancet* 380(9846): 1011-1029.
- Mathers, C., D. Fat, M. Inoue, C. Rao and A. Lopez (2005). "Counting the dead and what they died from: an assessment of the global status of cause of death data." *Bulletin of the World Health Organization* 83(3): 171-177.
- Max-Neef, M. (2010). "The world on a collision course and the need for a new economy." *Ambio* 39(3): 200-210.
- Mays, G. P., S. A. Smith, R. C. Ingram, L. J. Racster, C. D. Lamberth and E. S. Lovely (2009). "Public health delivery systems." *American Journal of Preventive Medicine* 36(3): 256-265.
- McKee, M. and D. Stuckler (2011). "The assault on universalism: how to destroy the welfare state." *British Medical Journal* 343: d7973.
- McMichael, A. J., K. R. Smith and C. F. Corvalan (2000). "The sustainability transition: a new challenge." *Bulletin of the World Health Organization* 78(9): 1067.
- Min, K., J. Min, J. Park, S. Park and K. Lee (2010). "Changes in occupational safety and health

- indices after the Korean economic crisis: analysis of a national sample, 19912007." *American Journal of Public Health* 100(11): 2165-2167.
- Mindell, J., L. Reynolds, D. Cohen and M. McKee (2012). "All in this together: the corporate capture of public health." *British Medical Journal* 345: e8082).
- Mytton, O., D. Clarke and M. Rayner (2012). "Taxing unhealthy food and drinks to improve health." *British Medical Journal* 344: e2931.
- Neff, R. A., C. L. Parker, F. L. Kirschenmann, J. Tinch and R. S. Lawrence (2011). "Peak oil, food systems, and public health." *American Journal of Public Health* 101(9): 1587-1597.
- NHS Sustainable Development Unit (2010). *Saving Lives, Saving Money, Securing the Future. Sustainability, Health and the NHS Factsheet*. London, NHS Sustainable Development Unit.
- Nichols, A., V. Maynard, B. Goodman and J. Richardson (2009). "Health, climate change and sustainability: a systematic review and thematic analysis of the literature." *Environmental Health Insights* 3: 63-88.
- OECD (2010). *Obesity and the Economics of Prevention: Fit not fat*. Paris, OECD.
- OECD/Eurostat/WHO (2011). *A System of Health Accounts, 2011 edition* [http://www.who.int/nha/sha_revision/sha_2011_final1.pdf, по состоянию на 28 января 2013 г.]. Paris, OECD.
- Pruss-Ustun, A. and C. Corvalan (2006). *Preventing Disease through Healthy Environments: Towards an estimate of the environmental burden of disease*. Geneva, WHO.
- Public Health Services Gelderland Midden (2011). *Training of Professionals in Environment and Health*. Luxembourg, European Commission Directorate General for Health and Consumers.
- Rantanen, J. (2005). "Basic occupational health services — their structure, content and objectives." *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health* 1: 5-15.
- Rechel, B., H. Brand and M. McKee (2013). "Financing public health in Europe." *Gesundheitswesen* 75: e28-e33.
- Rechel, B. and M. McKee (2007). "The effects of dictatorship on health: the case of Turkmenistan." *BMC Medicine* 5: 21.
- Rechel, B. and M. McKee (2012). *Preliminary Review of Institutional Models for Delivering Essential Public Health Operations in Europe*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- Saltman, R., S. Allin, E. Mossialos, M. Wismar and E. van Ginneken (2012). "Assessing health reform trends in Europe." In *Health Systems, Health, Wealth and Societal Well-Being*. J. Figueras and M. McKee, Eds. Maidenhead, Open University Press: 209-246.
- Schang, L., K. Czabanowska and V. Lin (2012). "Securing funds for health promotion: lessons from health promotion foundations based on experiences from Austria, Australia, Germany, Hungary and Switzerland." *Health Promotion International* 27(2): 295-305.
- Schang, L. and V. Lin (2012). "Delegated financing." In *Intersectoral Governance for Health in All Policies*. D. McQueen, V. Lin, M. Wismar, Eds. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory for Health Systems and Policies.
- Scutchfield, F., M. Bhandari, N. Lawhorn, C. Lamberth and R. Ingram (2009). "Public health performance." *American Journal of Preventive Medicine* 36(3): 266-272.
- Stahl, T., M. Wismar, E. Ollila, E. Lahtinen and K. Leppo, Eds. (2006). *Health in All Policies: Prospects and potentials*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Strandberg-Larsen, M., M. Nielsen, S. Vallgarda, A. Krasnik, K. Vrangbak and E. Mossialos (2007). "Denmark: health system review." *Health Systems in Transition* 9(6): 1-164.
- Stuckler, D., S. Basu and M. McKee (2010). "Public health in Europe: power, politics, and where next?" *Public Health Reviews* 32(1): 213-242.
- Vuorenkoski, L., P. Mladovsky and E. Mossialos (2008). "Finland: health system review." *Health Systems in Transition* 10(4): 1-168.
- Whitehead, D. (2004). "The European Health Promoting Hospitals (HPH) project: how far on?" *Health Promotion International* 19(2): 259-267.

- World Health Organization (WHO) (1978). Declaration of Alma-Ata, International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. Geneva, WHO.
- World Health Organization (WHO) (2002). Good Practice in Occupational Health Services: A contribution to workplace health. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization (WHO) (2007). Workers' Health: Global plan of action. Geneva, WHO.
- World Health Organization (WHO) (2009). Reducing Health Inequities through Action on the Social Determinants of Health, Sixty-second World Health Assembly, 22 May 2009. Geneva, WHO.
- World Health Organization (WHO) (2011a). Governance for Health in the 21st Century: A study conducted for the WHO Regional Office for Europe. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization (WHO) (2011b). Interim Second Report on Social Determinants of Health and the Health Divide in the WHO European Region. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization (WHO) (2011c). Rio Political Declaration on Social Determinants of Health, Rio de Janeiro, Brazil, 21 October 2011. Geneva, WHO.
- World Health Organization (WHO) (2012a). Global Health Expenditure Database [<http://apps.who.int/nha/database/DataExplorer.aspx?ws=0&d=1>, accessed 20 May 2012]. Geneva, WHO.
- World Health Organization (WHO) (2012b). Health 2020: Policy framework and strategy. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization (WHO) (2013a). The Case for Investing in Public Health. A public health summary report for EPHO 8. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization (WHO) (2013b). Helsinki Statement on Health in All Policies, adopted at the 8th Global Conference on Health Promotion, Helsinki, Finland, 10-14 June 2013. Geneva, WHO.
- WHO, Health and Welfare Canada and Canadian Public Health Association (1986). Ottawa Charter for Health Promotion: An International Conference on Health Promotion. The move towards a new public health, 17-21 November 1986, Ottawa, Ontario, Canada [<http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/docs/charter-chartre/pdf/charter.pdf>, accessed 11 March 2013].
- World Health Organization (WHO) Regional Office for Europe (2011). Regional Committee for Europe: Resolution EUR/RC61/12 — Action plan for implementation of the European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2012-2016, Baku, Azerbaijan, 15 September 2011. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- Zavoral, M., S. Suchanek, F. Zavada, L. Dusek, J. Muzik, B. Seifert and P. Fric (2009). "Colorectal cancer screening in Europe." *World Journal of Gastroenterology* 15(47): 5907-5915.

Алфавитный указатель

- APHEA (Агентство по аккредитации образовательных программ в области общественного здравоохранения) 290
- CDTR (Отчет об угрозах, связанных с инфекционными заболеваниями) 76
- CISID (Централизованная информационная система по инфекционным заболеваниям) 58
- CSDH (Глобальная комиссия по социальным детерминантам здоровья) 212, 213, 219, 220, 248
- Сеть по эпиднадзору за гриппом Европейского региона ВОЗ (EuroFlu) 74
- Dare to Compare! (Смеем сравнивать!), доклад 54
- DMDB (Европейская база детализированных данных о смертности) 58
- EAHC (Европейское агентство по здравоохранению и защите прав потребителей) 315
- ECDC (Европейский центр профилактики и контроля заболеваний) 68, 72-83, 85, 87-91
- ECHI (Основные показатели здоровья в Европейском регионе) 54, 62
- EHMA (Европейская ассоциация по управлению здравоохранением) 290
- Ensemble Prevenons L'Obésité Des Enfants (EPODE) 151
- ЕРААС (Европейское партнерство против рака) 193
- EPODE (Программа против детского ожирения) 151
- ERA (Европейское научное пространство) 314
- EUpeHtA, проект 164
- EUPHA (Европейская ассоциация общественно-здравоохранения) 290, 317-318
- EUR-ASSESS, проект 164
- EuroFlu (Сеть по эпиднадзору за гриппом Европейского региона ВОЗ) 74
- EuroHealthNet, Европейская сеть агентств по укреплению здоровья 201, 209, 215, 216, 290
- European Nutrition for Health Alliance, Европейский альянс по вопросам питания в интересах здоровья 138
- Gothenburg consensus (Гетеборгский документ) (ВОЗ) 245
- HiAP (Учет интересов здоровья во всех направлениях политики) 198-199, 225-226, 232, 234, 239-240, 256-257, 353
- IQWiG (Институт качества и эффективности здравоохранения) 157, 164
- New Perspective on the Health of Canadians, Новый взгляд на здоровье канадцев, (доклад Lalonde) 48
- NICE (National Institute for Clinical Excellence, Национальный институт здоровья и клинического совершенствования Соединенного Королевства) 164
- NOPA (Европейская база данных по питанию, ожирению и физической активности) 58
- REMPAN (Сеть медицинской готовности и помощи при радиационных чрезвычайных ситуациях) 90
- Алма-Атинская декларация (1978) 225, 262
- Альянс GAVI 36, 307
- Анализ состояния здоровья, подходы и процессы 47
- Ассоциация школ общественного здравоохранения Европейского региона (ASPHER) 289, 290
- Бангкокская хартия по укреплению здоровья в глобализованном мире (2005) 198
- Бремя болезней связанных с факторами окружающей среды 117
- Всемирная ассамблея здравоохранения 98
- Генеральный директорат по вопросам здравоохранения и защите прав потребителей (DG SANCO) 59, 60, 141, 229, 239
- Гетеборгский документ (Gothenburg consensus) (ВОЗ) 245
- Глобальная комиссия по социальным детерминантам здоровья (CSDH) 212, 213, 219, 220, 248, 352, 359
- Глобальная сеть предупреждения о вспышках болезней и ответных действий (GOARN) 89, 90
- Глобальная информационная система «Алкоголь и здоровье» (GISAH) 58-59
- Глобальный план действий по охране здоровья работающих 98
- Группа по домохозяйствам Европейского сообщества (ECHP) 356
- Директива о табачных изделиях, (ЕС) 16
- Европейская база данных о заболеваемости по данным стационаров (HMDB) 58
- Европейская база данных по питанию, ожирению и физической активности (NOPA) 58
- Европейская база детализированных данных о смертности (DMDB) 58
- Европейская инициатива ВОЗ по эпиднадзору за детским ожирением (COSI) 139, 143
- Европейская комиссия 5, 17, 53, 57, 59, 60, 61, 74, 75, 78, 79, 87, 88, 90, 100, 140, 144, 145, 146, 147, 152, 220, 233, 256, 307, 314, 316, 331
- Европейская муниципальная сеть по эпиднадзору за управляемыми инфекциями (EUUVAC.NET) 82, 88
- Европейская программа тренинга по вопросам микробиологии в общественном здравоохранении (EUPHEM) 88
- Европейская программа тренинга по вопросам практической эпидемиологии (EPIET) 88
- Европейская сеть укрепления здоровья на рабочих местах (ENWHP) 97, 204
- Европейская система эпиднадзора The European Surveillance System (TESSy) 74
- Европейская социальная хартия 99
- Европейский альянс общественного здравоохранения (EPHA) 201, 215
- Европейский альянс по вопросам питания в интересах здоровья (European Nutrition for Health Alliance) 138
- Европейский исследовательский совет (ERC) 314, 315, 317
- Европейский офис ВОЗ по инвестициям в сфере здравоохранения 214
- Европейский план действий ВОЗ по политике в области продовольствия и питания 355
- Европейский план действий по укреплению потенциала и услуг общественного здравоохранения (ВОЗ 2012a) 26
- Европейское агентство по окружающей среде (EEA) 59
- Европейское научное пространство (ERA) 314
- Европейское опросное исследование состояния здоровья (EHIS) 53, 59
- Европейское партнерство против рака (ЕРААС) 193
- Европейское сотрудничество AGREE 167
- Евростат 54, 59, 269, 356
- Единый европейский акт (1987) 314
- Естественные и политические наблюдения, сделанные над бюллетенями смертности (Natural and Political Observations Made upon the Bills of Mortality, John Graunt) 48
- Здравоохранение в Европе: информационный ресурс (HEIDI) 59, 60
- Инициатива в сфере информационно-коммуникационных технологий для управления чрезвычайными ситуациями в области общественного здравоохранения (ICT4PHEM) 76
- Информационная система по окружающей среде и здоровью (ENHIS) 58

- Информационная система по расследованию эпидемий (EPIS) 85
- ИНФОСАН (Международная сеть органов по безопасности пищевых продуктов) 89, 90
- Категории работников сферы общественного здравоохранения 258
- Киотский протокол 125
- Комиссия по социальным детерминантам здоровья (ВОЗ) 213, 248
- Конвенции МОТ 98, 99, 355
- Конвенция о трансграничном загрязнении воздуха на большие расстояния 123
- Конвенция по охране и использованию трансграничных водотоков и международных озер 123
- Маастрихтский договор (1992) 315
- Международные инициативы 30, 136, 214
- Международная помощь в вопросах реализации ответных мер на чрезвычайные ситуации, связанные со вспышкой инфекционного заболевания 89
- Международная помощь в реализации ответных мер на чрезвычайные ситуации, связанные с выбросом радиоактивных веществ 90
- Международная помощь в реализации ответных мер на чрезвычайные ситуации, связанные с выбросом радиоактивных веществ 90
- Международные медико-санитарные правила (ММСП) (2005) 68, 123, 236, 355
- Межправительственная группа экспертов по изменению климата 124
- ММСП (Международные медико-санитарные правила) (2005) 68, 123, 236, 355
- Мониторинг состояния здоровья 47, 48, 56, 63, 267
- Национальный институт охраны здоровья и совершенствования медицинской помощи (NICE) 164
- Несбалансированное питание 137, 152
- Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС) 307
- ОВОС (Оценка влияния на окружающую среду) 246, 248, 250, 251, 256
- Ожирение 30, 52, 131, 135, 137, 138, 139, 132, 143, 144, 146, 148, 151, 152, 153, 179, 211, 220, 355, 356
- Онкологические заболевания 303, 319
- Оперативные функции общественного здравоохранения (ОФОЗ) 27, 28, 29, 86, 261, 295, 320
- Опросное исследование поведения детей школьного возраста в отношении здоровья (НВС) 356
- Основные показатели здоровья в Европейском регионе (European Community Health Indicators (ECHI)) 54, 62
- ОТЗ (оценка технологии здравоохранения) 164
- Оттавская хартия по укреплению здоровья (1986) 262
- Оценка воздействия на здоровье (ОВЗ) 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 351, 354, 356
- Оценка воздействия системы отчетности о состоянии здоровья на политику (PIA PHR) 55
- Оценка отчетности о состоянии здоровья (Eva PHR) 55, 56
- Пандемический грипп А Н1N1 70, 79, 83, 304
- Пармская декларация по окружающей среде и охране здоровья 118
- Политика Здоровье-2020 291, 292
- Примеры вспышек инфекционных заболеваний, затронувших Европейский регион ВОЗ 82
- Программа действий сообщества в области здравоохранения 259
- Программа общественного здравоохранения «Европа против рака» 229, 240
- Программы скрининга на рак толстой кишки 190
- Программы скрининга на рак шейки матки 183, 184, 193, 355
- Программа «Фрукты в школе» в ЕС 147
- Продовольственная и сельскохозяйственная организация (FAO) 89, 124, 140, 141, 142, 146
- Проект ЕС «Наука, Дети, Осведомленность, Правовой инструмент, Оценка» (SCALE) 125
- Проект по развитию системы обзоров и исследований в области политики здравоохранения (SUPPORT) 340, 343
- Проект «Развитие компетенций и профессиональных стандартов для потенциала в области укрепления здоровья в Европе (ComPH)» 205, 290
- Проект BRIDGE 331, 333, 335, 336, 338, 339
- Проект SPHERE 317, 318
- Проект STEPS 317, 318, 319, 328
- Проект PROMISE 205
- Разработка межсекторальной политики в области здравоохранения 226
- Распространение знаний в сфере общественного здравоохранения 61
- Регламент о статистике Сообщества в отношении общественного здравоохранения и безопасности на рабочих местах (Регламент (ЕС) № 1338/2008) 53
- Резолюции Всемирной ассамблеи здравоохранения 98
- Решение 1082/2013/ЕС о серьезных трансграничных угрозах здоровью 71, 74, 80
- Римский договор (1957) 99, 314
- Руководящие принципы ВОЗ по качеству питьевой воды 123
- Санитарно-эпидемиологические службы 201, 263
- Сеть «Регионы для здоровья» (ВОЗ) 219
- Сеть медицинской готовности и помощи при радиационных чрезвычайных ситуациях (REMPAN) 90, 91
- Сеть по вопросам экономики гигиены окружающей среды (EHEN) 127
- Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) 340
- Система раннего предупреждения и реагирования ЕС (EWRS) 71, 75, 78-80, 85, 356, 366
- Ситуация в Европейском регионе ВОЗ 100
- Стратегические направления на будущее 105
- Стратегическая экологическая оценка (СЭО) 246, 248, 251, 256, 258
- Стратегия «Вместе во имя здоровья» 238
- Стратегия «Здоровье для всех» 58, 100, 111, 226, 262, 265, 296, 316, 356
- Структуры по развитию исследований в области общественного здравоохранения на уровне ЕС 314
- СУС (Система управления событиями, ВОЗ) 77
- Сеть фактических данных по вопросам здоровья «Health Evidence Network» (HEN) 340
- СЭО (стратегическая экологическая оценка) 246, 248, 251, 256, 258
- Трансграничные угрозы здоровью 71
- Факторы, влияющие на использование медико-санитарной информации 334
- Цели развития тысячелетия (ЦРТ) 228
- Центр политических исследований PRAXIS 341, 343
- Централизованная информационная система по инфекционным заболеваниям (CISID) 58
- Центры по контролю и профилактике заболеваний (CDC, США) 76

Аспекты общественного здравоохранения в Европе

За последние два столетия общественное здравоохранение добилось положительных результатов в снижении воздействия и распространенности инфекционных заболеваний.

Однако многое еще предстоит сделать для снижения распространенности неинфекционных заболеваний, таких как заболевания сердца и рак, которые составляют основное бремя болезней в Европейском регионе ВОЗ.

В этой книге описан широкий, но детальный подход к общественному здравоохранению в Европе и представлен наиболее полный анализ сегодняшней ситуации в данном регионе. Книга рассматривает широкий круг ключевых тем в области общественного здравоохранения и включает главы по следующим темам:

- Скрининг.
- Укрепление здоровья.
- Действия в отношении социальных детерминант здоровья.
- Оценка воздействия на здоровье.
- Кадры общественного здравоохранения.
- Исследования в сфере общественного здравоохранения.

В дополнение к этим темам авторы рассматривают существующие структуры, возможности и услуги общественного здравоохранения в ряде европейских стран; определяют, что необходимо сделать для совершенствования действий в сфере общественного здравоохранения и улучшения результатов его деятельности.

В настоящей книге представлены примеры из различных стран для иллюстрации различных подходов к общественному здравоохранению, которые отражают широкий географический охват всего Европейского региона ВОЗ.

Эта книга необходима к прочтению тем, кто изучает общественное здравоохранение или работает в этой области, особенно тем, кто интересуется Европейской практикой.

Bernd Rechel – научный сотрудник Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения и почетный старший лектор Департамента исследований и политики в области здравоохранения при Лондонской школе гигиены и тропической медицины, Соединенное Королевство.

Martin McKee – профессор в области общественного здравоохранения в Европе Лондонской школы гигиены и тропической медицины и научный руководитель Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения.

